Rok XLI. Kraków, 5 Kwietnia 1902. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Szwedzki i niemiecki system gimnastyki wobec fizyologii i higieny.

(Streszczenie wykładu, wygłoszonego w Tow. lekar. lwow. dnia 6 grudnia 1901 r.).

Podał

Dr. Eugeniusz Piasecki.

Bezkrytyczne zaufanie do systemu gimnastyki Jahna, panującego dziś w środkowej Europie, silnie zachwiało się w ostatnich czasach w świecie lekarskim. Ten prąd nowy odbił się w naszem piśmiennictwie przekładem słynnego dziełka A. Mosso[1]), zawierającego dosadną krytykę gimnastyki niemieckiej. Szkoda tylko, że wnioski praktyczne turyńskiego fizyologa nie są tak jasne, jak część krytyczna. Wskazuje on nam fizyologię, jako podstawę do stworzenia nowego systemu ćwiczeń cielesnych. Zgoda, lecz pedagogia nie może czekać, nie mogą również czekać lekarze. szukający w gimnastyce tyle cenionego środka higienicznego.

Tylko mglisto daje do poznania Mosso, co jawnie wypowiada Marey[2]), że w swobodnych zabawach i sportach leży przyszłość wychowania fizycznego. Tak ze stanowiska zdrowotnego jak i wychowawczego w zdaniu tem musimy dopatrywać wiele słuszności. Chód i bieg, te podstawowe pierwiastki zabaw i sportów, działają korzystniej na serce, płuca i wymianę materyi, niż wiele ewolucyj gimnastycznych. W grach ruchowych ćwiczenia te są podane w postaci jaknajbardziej pociągającej. Obfitość zmian sytuacyi kształci bystrość umysłu. obcowanie zaś wzajemne uczestników oddziaływa korzystnie na popędy społeczne[3]).

Mimo to wszystko trudno dziś stanąć wyłącznie po stronie metody angielskiej, której rzecznikami są Marey i Mosso. Tak ze stanowiska higieny (rozszerzenie klatki piersiowej), jak i estetycznie ważny postulat energicznego przeciwdziałania zgarbionej postawie młodzieży. tylko w małym stopniu da się osiągnąć przez swobodne gry. Naturalny, popędowy charakter ruchów przy grach pozwala też wątpić o tem, czy mogą one wystarczyć dla wyrobienia estetycznie poprawnych ruchów. Wreszcie grom brakuje pewnych postaci ruchu (skok, spinanie i t. d.), mogących przydać się w życiu praktycznem.

Te luki ćwiczeń swobodnych (gier) powinny wypełniać ćwiczenia metodyczne (gimnastyka). Zraziwszy się do systemu Jahna i identycznego prawie z nim systemu francuskiego, zaczęto, zwłaszcza we Francyi, Belgii i Danii[4]), oglądać się za innym. Wynikiem było przyjęcie za podstawę we wszystkich wspomnianych krajach systemu, złożonego z gier ruchowych, oraz z gimnastyki szwedzkiej (systemu Linga). Gdy jest rzeczą prawdopodobną, że wkrótce Niemcy, a za nimi Austrya, zostaną odosobnione w swem zupełnem zapoznawaniu systemu gimnastyki szwedzkiej, wydawało mi się wdzięcznem zadaniem poznanie metody Linga u samego źródła.

Przyswoiwszy sobie dostatecznie język szwedzki, studyowałem rzecz tę tak w Instytucie centralnym w Stockholmie, jak w szkołach tamtejszych. Poznanie oryginalnego piśmiennictwa tego przedmiotu dopełniło reszty. Dziś rzec mogę. że wnioski moje nie opierają się na „wrażeniach“ z podróży, lecz na poważnem studyum.

Nie tu miejsce na obszerne rozwodzenie się nad przedmiotem, nie należącym ściśle do zakresu nauk lekarskich. Pozwolę sobie tylko na skreślenie w ogólnych zarysach równoległego zestawienia systemu niemieckiego ze szwedzkim.

Najpopularniejszym zarzutem przeciw gimnastyce niemieckiej jest jej charakter atletyczno-akrobatyczny. Produkcya nadmiaru siły i zręczności, w życiu niepotrzebnego, a dla zdrowia zupełnie obojętnego, to karygodne marnowanie czasu. któryby można wykorzystać lepiej, dbając raczej o najważniejsze narządy wewnętrzne, niż o mięśnie.

Bezdroża, na jakie nas wiedzie atletyczno-akrobatyczna gimnastyka niemiecka, są jednak czemś więcej, niż rzeczą zbyteczną, trwonieniem czasu i energii. Przypatrzmy się przedewszystkiem licznym ćwiczeniom siłowym, z powodu których czynię systemowi niemieckiemu zarzut rozwijania atletyzmu. Charakteryzują się one wyładowaniem znacznej ilości pracy w krótkim czasie zapomocą ciągłego nieprzerwanego wysiłku, w którym główną rolę odgrywają mięśnie kończyn górnych. Ztąd szczególne upodobanie do tych ćwiczeń u tych, dla których z pobudek bezwiednych czy rzekomo naukowych idealnym celem jest „silne ramię“. Ponieważ kończyna górna nie jest połączona z kręgosłupem tak silnym pierścieniem kostnym, jakim jest dla nogi miednica, silny punkt oparcia musi być dla tych wysiłków wytworzony sztucznie: dzieje się to odruchowo zapomocą t. z. „zaparcia tchu“, które w mniejszym lub większym stopniu towarzyszy każdemu ćwiczeniu siłowemu. Po głębokim oddechu i zamknięciu głośni klatka piersiowa ulega ustaleniu przez skurcz wszystkich mięśni wydechowych, tworząc w ten sposób twardy, silnie nadęty balon.

Jak niezbędnym jest ten akt dla wykonania krańcowych wysiłków, tak przedstawia jednak niemiłe następstwa z punktu widzenia zdrowotnego. Nietylko bowiem zupełnie powstrzymuje lub (w mniejszych stopniach) przynajmniej mocno zakłóca czynność oddechową, lecz wzmaga w wysokim stopniu ciśnienie w jamie piersiowej i brzusznej, po-

[1]) A. Mosso: Wychowanie fizyczne młodzieży. Lwów.

[2]) Travaux de la Commission de Gymnastique. Paris.

[3]) Dr. E. Piasecki: Wpływ ćwiczeń cielesnych na rozwój psychiczny młodzieży. »Wiedza i Życie« 1899, XII.

[4]) Congrès international de l'éducation physique. Paris 1900.

wodując często bądź wypadki doraźne, bądź powoli rozwijające się schorzenia.

Już z teoretycznego punktu widzenia wydaje się prawdopodobnem, że częste, znaczne i nagłe zwiększanie ciśnienia w pęcherzykach płucnych może wywołać rozedmę płuc. Potwierdza to statystyka, wykazująca bardzo często rozedmę u ludzi, których zawód zmusza do dźwigania ciężarów.

Wzmożenie ciśnienia w jamie piersiowej sprowadza w czasie wysiłku utrudniony odpływ krwi żylnej do serca i wzrost znaczny ciśnienia w żyłach, a spadek ciśnienia w tętnicach, tem silniejszy, im zaparcie tchu było zupełniejsze; po wysiłku następuje nagłe podwyższenie ciśnienia w układzie tętniczym. Te zmiany tłómaczą nam z łatwością pochodzenie nieszczęśliwych wypadków, uznanych za następstwo wysiłku. Lagrange[5]) przytacza wypadki krwotoków mózgowych i płucnych, pęknięcia żył rdzenia z następowem porażeniem obu kończyn dolnych; wreszcie zdarzało się nawet pęknięcie serca. Wzmożenie ciśnienia w jamie brzusznej daje często powód do przepuklin.

Prócz tych niebezpieczeństw nagłych, doraźnych, częste wykonywanie ćwiczeń siłowych prowadzić może powoli, niejako zdradziecko, do zmian trwałych w stanie odżywienia mięśnia sercowego. F. A. Schmidt[6]) tłómaczy to przypuszczeniem, bardzo prawdopodobnem, że w czasie „zaparcia tchu“ nadmiernie wzmożone ciśnienie w jamie piersiowej zacieśnia tętnicę wieńcową serca, odżywiającą ten narząd. Dzieje się to w chwili, gdy olbrzymia praca, mająca być wykonaną, stawia właśnie kilkakroć wzmożone wymagania sile serca. Następstwem tego bywa aż nazbyt często, choć nieraz po upływie szeregu lat, osłabienie serca, zwyrodnienie mięśnia sercowego i rozszerzenie jam sercowych. „Często miałem sposobność“, mówi F. A. Schmidt *(l. c)*., „badać słynnych atletów...; przeciwieństwo między więcej niż silnie umięśnioną górną częścią ich ciała a słabem, leniwo uderzającem sercem, czyniło prawie zawsze smutne wrażenie“.

Wiem, że na to wszystko zwolennicy ćwiczeń siłowych mają gotową odpowiedź, iż przytoczone fakty są tylko wynikiem „przesady“, która przecież i przy ćwiczeniach szybkościowych (cyklistyka, bieg szybki i trwały i t. p.) może ujemnie oddziaływać na serce. Jest to obrona zupełnie chybiona. Atleta nawet najumiarkowańszy musi swe serce i płuca w czasie wysiłku postawić w najniedogodniejszych warunkach, wymagając od nich równocześnie wzmożonej pracy; nie dzieje się tak przy biegu, spinaniu się na szczyty gór, lub jeździe na kole, gdzie klatka piersiowa może swobodnie rozszerzać się i odpowiedzieć w ten sposób wzmożonym potrzebom.

Nie „przesada“ ani „jednostronność“ jest tu winną, lecz sama istota ćwiczeń siłowych. Dowodu na to dostarczyli (1897) psychologowie paryscy, A. Binet i N. Vaschide[7]), poszukując związku danych cielesnych z rozwojem umysłowym młodzieży. Badania te, wykonane na 80 uczniach, wykazały, że (wbrew dotychczasowemu mniemaniu) ćwiczenia siłowe działają w kierunku wprost przeciwnym na rytm serca, niż reszta ćwiczeń cielesnych. Oto słowa tych autorów, notujące niespodziany wynik doświadczenia ze spinaniem na linie, (nie całe 3 metry długiej):... „Gdy tylko dziecko zstąpiło z liny, tętno jego przedstawiało zwolnienie przerażające i nigdy z własnej inicyatywy nie bylibyśmy się odważyli na uczynienie podobnego doświadczenia,... gdyby ono nie stanowiło części zwykłej lekcyi gimnastyki. Tętno po zejściu z liny uderza 57 razy na minutę, co czyni ubytek około 30 uderzeń... Co więcej, jest ono bardzo nieregularne co do rytmu i natężenia tak, że na 10 uderzeń 3 są silne, reszta zaznacza się bardzo słabo“.

Przytoczone wyżej przypuszczenie o ucisku na tętnicę wieńcową serca tłómaczy wcale nieźle to zachowanie się tego narządu. Ważniejszym jednak od wyjaśnienia jest wniosek praktyczny: ćwiczenia siłowe należy według możności usunąć z wychowania fizycznego młodzieży.

I oto, gdy gimnastyka niemiecka obfituje w ćwiczenia podobne (mocowania, zapasy, cały szereg ćwiczeń przyrządowych), — system Linga unika ich zupełnie. Szwedzi znają długotrwałe i energiczne skurcze mięśni kończyn górnych, lecz wykonywają je zawsze w sposób zabezpieczający swobodę oddechu. Co więcej u nich każde prawie ćwiczenie jest zarazem ćwiczeniem oddechowem, t. j. daje odpowiednie warunki i fazy do połączenia z głębokim wdechem i wydechem.

Ćwiczenia zręcznościowe gimnastyki niemieckiej, dla których uczyniliśmy jej zarzut akrobatyki, nie są tak szkodliwe, jak siłowe. Nie można jednak pominąć faktu, że bardzo znaczna ich część (wiele przewrotów, kołowrotów i t. d.) odbywa się w postawie skulonej, co oddziaływa szkodliwie na już i tak zaniedbane trzymanie się naszej młodzieży.

Drugą wadą, wspólną ćwiczeniom siłowym i wielu zręcznościowym systemu Jahna, jest ich działanie kongestyonujące. Nauka szkolna przez sam siedzący tryb życia przebywanie w źle przewietrzanych klasach, częste wzruszenia (obawa złej noty), wreszcie przez pracę umysłową, zwiększa napływ krwi do głowy. Działanie to ma wiele niedogodności zdrowotnych; między innemi stanowić ma jeden z czynników, przyczyniających się do wywołania i wzmożenia krótkowzroczności.

Gimnastyka przy rozumnym rozkładzie pracy mięśniowej dałaby się znakomicie użyć dla równoważenia tego szkodliwego wpływu. Tymczasem nasza gimnastyka czyni coś wręcz przeciwnego. Znany już akt zaparcia tchu przy ćwiczeniach siłowych utrudnia odpływ krwi od głowy; w ćwiczeniach zręcznościowych powtarza się z wielkiem upodobaniem zwieszenie głową w dół, które też nieuchronnie sprowadza wybitne przekrwienie w naczyniach głowy.

Trzecią wreszcie wadą ćwiczeń siłowych i zręcznościowych jest niekorzystny ich wpływ na umysł młodzieży. U pewnej części młodzieży ćwiczenia te, jako posiadające powab niezwykłych czynów, wysuwają się na pierwszy plan całej gimnastyki i zasłaniają sobą właściwy cel ćwiczeń cielesnych. Odznaczenie się cudami siły i zręczności, — oto cel gimnastyki dla młodzieży, zbałamuconej tym niewłaściwym doborem ćwiczeń. Sława Pytlasińskich, a nie sława koryfeuszów wiedzy, nie daje spać niektórym młodocianym adeptom nauki. Inni, poważniej myślący, zniechęcają się do gimnastyki, nie mogąc dopatrzeć się w niej rozumnego celu.

(Dok. nast.).

[5]) Lagrange: Physiologie des exercices du corps. Paris 1888.
[6]) Dr. F. A. Schmidt: Unser Körper. 1899.
[7]) A. Binet et N. Vaschide: Année psychologique, vol. IV (1897.)

II. O wrodzonym wadliwym rozwoju narządów płciowych męzkich, powikłanym z histeryą.

I. Zanik prącia, jąder i moszny II. Brak jądra prawego, lewostronne śródpowłoczne zatrzymanie jądra lewego w przewodzie pachwinowym (*retentio inguinalis integumentalis*) i brak zupełny moszny.

Podał

Dr. Stanisław Szuman.

(Ciąg dalszy).

Po tych kilku uwagach historycznych, które dotyczą fizyologicznego rozwoju narządu płciowego, przechodzimy do anomalij jego, a mianowicie do zboczeń okresu zarodkowego. Rozróżniamy tu za Kocherem zboczenia utworowe i anomalie położenia. Pierwsze mogą się odnosić tak do objętości jak i do kształtu jąder i utworów, będących z niemi w związku i mogą się znaczyć zarazem bądźto rozwojem szczątkowym narządów płciowych, bądźto zupełnym ich zanikiem; wreszcie mogą zachodzić jedno — lub obustronnie. Drugie, czyli anomalie położenia, mogą być trwałe lub przemijające i zachodzić w trzech głównych postaciach. W pierwszej, zwanej przełożeniem jąder, (*inversio testis*) jądra odbyły drogę prawidłową aż do moszny, odznaczają się jednak położeniem nieprawidłowem w tej ostatniej, zwracając przyjądrze i sieć nie ku tyłowi, lecz ku jednej ze stron bocznych, lub ku przodowi. Postać drugą charakteryzuje błędny kierunek wędrówki jąder. Rozróżniamy tu położenie łonowe (*ectopia pubica*), udowe (*ect. cruralis*), udowo-mosznowe (*cruro-scrotalis*) śródkroczne (*perinealis*) — odnośnie do tego, czy znajdujemy jądro, umiejscowione naprzeciw kości łonowej, czy w zgięciu udowem, czy w fałdzie pomiędzy moszną a udem, czy wreszcie w okolicy międzykrocza. Do postaci trzeciej należą wreszcie te przypadki, gdzie jądra zatrzymują się w jakiemkolwiekbądź miejscu prawidłowej swej drogi. Anomalię ostatnią zowiemy „zatrzymaniem się jąder“ (*retentio testis*). Do kategoryi tej zaliczamy głównie dwa rodzaje zatrzymania, mianowicie brzuszne i pachwinowe. (Por. Kocher *l. c.* str. 409—415, Englisch *l. c.* str. 544—546, Strohe *l. c.* str. 4—5, 9, 12—13).

Zanik prącia opisują Nélaton, Rizet i in. (por. Podrazki *l. c.* str. 5—6). W przypadku, spostrzeganym przez pierwszego z tych autorów, nie było i śladu prącia. U 23 letniego pacyenta, badanego przez Rizeta, który nie miał zarostu i posiadał umięśnienie wątłe z niedorozwojem prącia, nie większego jak u chłopca jednorocznego, łączył się zanik obu jąder. Niedorozwój ten narządów płciowych datował się od dzieciństwa[5]). — Inną samodzielną grupę anomalij narządów płciowych stanowią guzy wrodzone. Tu należą teratomy jąder, mające według Alberta pewne podobieństwo do torbieli skórzakowych, lub złożonych — jakby z pęcherzy, opatrzonych wysłaniem, przypominającem bądźto skórę, bądźto błonę śluzową. Ostatnie zawierają przytem treść śluzowatą. Pomiędzy poszczególnymi pęcherzami mieszczą się tkanki: tłuszczowa i łączna, nabłonek płaskokomórkowy, włosy, chrząstki, kości, gruczoły rozmaitego rodzaju: mleczny i tarczykowy, zawiązki jelitowe, barwik siatkówki niekiedy prążki mięśniowe i substancya nerwowa. Verneuil tłómaczy powstawanie tych guzów wrodzonych zamknięciem zarodka zapłodnionego w zarodku drugim; Lebert i Paget umiejscowieniem nieprzynależnem (*Heterotopia*). (Por. Albert *l. c.* str. 549. Tom III i Kocher *l. c.* str. 392—393).

Według Wilmsa torbiele skórzakowe jąder i jajników powstają, podobnie jak zarodek sam, z trójblaszkowego zawiązku pierwotnego; odznaczają się jednakże najbujniejszym rozwojem blaszki zewnętrznej. Do charakterystycznych cech i znamion ich należy ułożenie i stosunek tkanek, przypominający porządek ich prawidłowy, oraz rozwój najsilniejszy okolicy głowy i przedniej strony ciała. Wilms uważa utwory te jako wrodzone pasorzyty szczątkowe (*rudimentäre Parasiten*) narządu płciowego. Zapatrywaniom podobnym hołdują Marchand, Hanau, Kappeller Merttens, Répin, Kockel i inni (Por. Marchand. *l. c.* str. 506—509 i Wilms: München. Med. Wochschr. 1896, str. 956, Ref. v. von Notthaft).

Autorowie, zajmujący się sprawą etyologii anomalij narządu płciowego podają cały szereg przyczyn i powodów, wywołujących te nieprawidłowości. Znaczna ich część ma być pochodzenia wrodzonego i polegać bądźto na zmianach przypadkowych, bądź na niedokształceniach warunkowanych wstrzymanym rozwojem, wynikającym z nikłości zawiązku lub ze słabości twórczego popędu. (Por. Kocher *l. c.* str. 411—417 i Marchand str. 451—452). Do pierwszych zaliczają Kocher, Wood, Godard, Le Dentu i inni zlepienia otrzewnowe, nieprawidłowe położenie trzew i fałdów otrzewnowych, przyczepy skórne, przyczepy jądra, bądźto w jego położeniu pierwotnem, bądź wśród jego wędrówki, nieprawidłowy przyczep jądrowodu i inne; te ostatnie nieprawidłowości mogą być wywołane wadami kształtu narządów moczo-płciowych, lub wreszcie stosunkiem nienależytym pomiędzy nimi a otoczeniem. (Wilson, Lisfranc, Lallemand, Curling, Godard, Hunter, Brugnoni, Tuffier, Münchmeyer, Silberberg, Delasiauve, Birch-Hirschfeld, Jordan, Marsch, Pommer Lenhossek, Finotti, Küster, Rudolphi, Klebs, Sué, Berthold, Barkow, Cramer, Mayer, Wrany-Obolońsk, Schmorl, Vrolik, Heppner i inni). Tu należą przypadki wierzchniactwa (*epispadiasis*), spodziectwa (*hypospadiasis*), przełożenia pęcherza i t. p., dalej zbytnia długość krezki mudowej, za wielka objętość przyjądrza, krótkość przewodu nasiennego, wązkość kanału pachwinowego, niedostateczna działalność mięśnia dźwigającego jądro lub rozwój niedostateczny moszny.

Godard, Le Dentu, Gosselin, Otto i inni przypisują tu pewne znaczenie etyologiczne dziedziczności. Gosselin przytacza rodzinę, w której dziad, ojciec i wnuk byli wnętrami (*cryptorchis*); Otto opisuje zdrożność jąder u dwu braci. Według Strohego znanym jest z literatury cały szereg przypadków, w których ojciec i syn cierpieli na wnętrostwo jednostronne. Goubaux, Follin i Pargoué zwrócili uwagę na dziedziczność zboczenia tego u zwierząt. (Por. Kocher *l. c.* str. 417, Strohe *l. c.* str. 19).

Więcej znanemi niż etyologia wadliwego rozwoju narządów płciowych są zaburzenia następcze tej nieprawidłowości, a zwłaszcza jej postaci, zwanej zdrożnością jąder pachwinową. (Ravoth, Kocher, Curling, Bramann, Szymanowski, Wernher, Strohe i inni). Ogólną

[5]) Wrodzone anomalie narządów płciowych żeńskich, jak zarośnięcie, połączone z brakiem zupełnym części płciowych zewnętrznych, brak jajników i t. d. opisują Marchand i inni (Por. *l. c.* str. 574).

i najgłówniejszą przyczyną zaburzeń tych jest utrudniony ruch jąder w kanale pachwinowym. Jako powody bliższe należy uważać za Strohem chodzenie, bieganie, jazdę konną lub na rowerze, pływanie, gimnastykę, spółkowanie, przywodzenie i odwodzenie, zginanie i wyprężanie, oraz cały szereg czynników innych, jak ciągnienie i tarcie jąder, tkwiących w kanale pachwinowym. — Zaburzenie następcze najczęściej tu zachodzące stanowi zanik jąder. Kocher rozróżnia zanik tłuszczowy i uwiąd włóknisty. Pierwszy bywa wywołany nieprawidłowem odżywianiem, podczas gdy przyczyną drugiego są według mniemania tego badacza prócz zaburzeń odżywczych i sprawy zapalne. Niedostateczne odżywianie zaś powodowane jest według Kochera z jednej strony zboczeniem biegu i położenia naczyń krwionośnych, z drugiej wymienionem już zahamowaniem ruchu jąder w kanale pachwinowym. Innego zapatrywania jest Finotti (Strohe *l. c.* 17—18). Autor ten, na podstawie badań drobnowidowych, które wykazały zwyrodnienie kanalików mudowych, upatruje w pierwotnem zaburzeniu utworowem przyczynę tak umiejscowienia jąder w kanale pachwinowym, jak i ich zaniku.

Innem, nie mniej ważnem i w wielu przypadkach bardzo niebezpiecznem powikłaniem wymienionej zdrożności jąder są przepukliny pachwinowe z warunkującym je lub towarzyszącym im zbiorem przypadów. Strohe twierdzi, że powstawanie przepuklin tych ułatwia przedewszystkiem rozszerzenie kanału pachwinowego, wywołane przebywającem w nim jądrem. Rozszerzenie to umożliwia bowiem przejście doń trzew lub sieci. Jako dalszą przyczynę powstawania przepuklin pachwinowych w przypadkach odnośnych uważa Strohe pozostanie otworem wyrostka pochwowego *(procesus vaginalis)*. Wyrostek ten bowiem nie zarasta nigdy [6], jak to zgodnie poświadczają spostrzeżenia chirurgów, poczynione przy operacyach na osobnikach, dotkniętych w mowie będącą zdrożnością jąder. Pewne znaczenie w powstawaniu przepuklin tego rodzaju przypisuje Strohe także własnemu ciążeniu jąder. Wisząc do pewnego stopnia swobodnie na powrózku nasiennym w niezamkniętym wyrostku pachwinowym mogą one ściągać zdaniem jego ku dołowi tak trzewa, jak i sieć. Do dalszych następczych zaburzeń przepuklin, o których mowa, należą uwięźnienia tak ich samych, jak i jąder, zbaczających z drogi fizyologicznej. Englisch sądzi że jedną z najgłówniejszych przyczyn tych uwięźnień jest wzmożona czynność tłoczni brzusznej. Przebiegają zaś one, według niego, Valettea, Scarenzioa, Strohego i innych wśród bólów daleko gwałtowniejszych, niż te, które występują przy uwięźnieniach przepuklin prostych. Bóle te rozpromieniają się w jamie brzusznej, ku okolicy lędźwiowej i udowej, łącząc się zarazem z gwałtownymi objawami zapalenia otrzewnej, wielką wrażliwością na ucisk i zwracaniem wymiocin kałowych. Radziej łączą się ze zdrożnością jąder w kanale pachwinowym zapalenia tak ich samych, jak i przyjądrza. Zapalenia te okazują niejednokrotnie charakter daleko groźniejszy, niż zapalenia jąder prawidłowo umiejscowionych. Do kategoryi tej należą przypadki Sedillota, Socina, Hamiltona, Lückego, Follina, Rolleta, Velpeaua, Larreya, Arnauda, Curlinga, Soltmanna i innych. (Por. Kocher str. 421—422, Strohe *l. c.* 12).

[6]) Wyjątek stanowią tu jedynie te przypadki, w których zamyka on się skutkiem zrostów, spowodowanych obrażeniami urazowemi.

Wielkie niebezpieczeństwo, grożące osobom posiadającym jądra zatrzymane, stanowi skłonność tych jąder do złośliwego zwyrodnienia. O smutnym tym fakcie przekonują nas dostatecznie zestawienia z piśmiennictwa, wykonane przez rozmaitych autorów. I tak Szymanowski [7]) Kahlden, Kocher, Otton, Marlier, Godard, Boekel, Dittscke, Johnson, Schädel, Langenbeck, Pirogoff i wielu innych opisują przypadki raków i mięsaków (rozpadające się co do swej istoty zasadniczej i co do swych tkanek ustrojowych na włókniste, śluzowe i ziarniste) u osobników dotkniętych pachwinową zdrożnością jąder. (Por. Kocher str. 359, 383, 423 i Strohe str. 16—17). Podzielać tu należy pod względem etyologicznym, jak słusznie zaznacza Strohe, zdanie Virchowa, że narządy wystawione swem położeniem na rozliczne urazy, okazują wielką skłonność do schorzeń, przebiegających pod postacią nowotworów. Z drugiej strony zwraca Cohnheim uwagę i na to, (Strohe *l. c.* 16), że rozwój jąder zahamowany zatrzymaniem usposabia je do zwyrodnień złośliwych. — Co do zmian gruźliczych w jądrach pachwinowych, to zapatrywania autorów rozchodzą się pod tym względem najzupełniej; podczas gdy Larrey i Robert opisują przypadki tego rodzaju, R. König zaprzecza im najzupełniej. Tego samego zdania zdaje się być i Englisch, który twierdzi, że gruźlica narządów płciowych, a w szczególności jąder, zachodzi prawie wyłącznie i jedynie przy ogólnem zakażeniu gruźliczem ustroju. (Por. Kocher *l. c.* str. 422, Strohe str. 17. Englisch str. 556—557).

W rozprawie naszej zastanawialiśmy się dotąd nad całym szeregiem zawikłań ustrojowych, łączących się z nieprawidłowościami narządów płciowych, ale i zboczenia przyrody czynnościowej towarzyszą niejednokrotnie przytoczonym schorzeniom. Jeśli rozpoczniemy tu rzecz od funkcyi jąder, jako najważniejszego czynnika ustrojowego przyrządu płciowego, to uczeni w zapatrywaniach swych na zaburzenia tych funkcyi dzielą się na dwa obozy: Kocher i Finotti n. p. (por. Kocher *l. c.* str. 431 i u Strohego str. 17—18) podnoszą częste stwierdzenie braku plemników w nasieniu *(azoospermia)* u wnętrów, dotkniętych następczym zanikiem jąder; Monod, Arnaud, Pelikan, Taylor i inni nic o braku tym wiedzieć nie chcą, przytaczając na poparcie swego zapatrywania przypadki, w których wnętry spłodzili potomstwo nawet w małżeństwie powtórnem.

Spostrzeżenia Möllera, Immingera i Beigla odnoszą się do zwierząt. Badacze ci znaleźli w zupełnie prawidłowo rozwiniętych jądrach buhajów i ogierów, dotkniętych wnętrostwem, obfitą ilość plemników. — Inny należący tu rodzaj zaburzeń czynnościowych narządu płciowego charakteryzuje się niemożnością wytrysku nasienia. Kocher rozróżnia dwa jej rodzaje: postać pierwsza tem się odznacza że osobnik nie miewa nigdy wytrysku nasienia („aspermatyzm trwały“ Schulza), podczas gdy w postaci drugiej wytryski nasienia następują lecz tylko wśród pewnych warunków; i tak zachodzą one jako zmazy nocne, a brak ich zupełnie przy spółkowaniu (aspermatyzm czasowy). (Kocher *l. c.* str. 432—435). Monod i Arnaud tłómaczą utrudnienie lub niemożność wytrysku nasienia i wynikająca z nich

[7]) Dzielny ten i zdolny chirurg nasz, któremu zawdzięczamy wartościową monografię o jądrach pachwinowych, był sam dotknięty tem zboczeniem i padł ofiarą złośliwego mięsaka jąder.

niepłodność stwardnieniem przyjądrza, wywołanem zbyt bujnym rozwojem tkanki łącznej i zamknięciem kanalików, wywodzących nasienie. Stwardnienie to powoduje w miąższu zdaniem ich następcze sprawy zwyrodnienia, które wiodą z czasem do zaniku całego jądra. Przypadki Pillieta i Bardelebena —(badacze ci znaleźli u wnętra jednostronnegozwyrodnienie włókniste jądra z najzupełniejszym brakiem miąższu prawidłowego) potwierdzają wyżej przytoczone teorye.

Przejdźmy obecnie do innej grupy zachorzeń, do cierpień przyrody nerwowej, wikłających się z pachwinowem zatrzymaniem jąder. Nasamprzód wzmienić nam tu wypada rwy, powstające w następstwie urazów. Soltmann, któremu zawdzięczamy spostrzeżenia tu należące, opisuje te rwy, jako zaburzenia występujące zwłaszcza w wieku chłopięcym. Cechują się one przedewszystkiem przerywanymi bólami jąder, dochodzącymi do tak wysokiego stopnia, że chłopcy na nie cierpiący popadają w omdlenie. — Osobną grupę zaburzeń następczych stanowi wzmożona pobudliwość ruchowa, wywołana niejako odruchowo (Soltmann) nagłemi zmianami położenia zdrożonego jądra. Tu należą kurcze czasem ograniczonej i określonej postaci, to znowu odznaczające się rozpierzchłą, ogólną przyrodą. Do ostatnich zaliczamy przypadki Besançona, Griffita, Soltmanna, Strohego, i Köllikera, przebiegające w postaci to drgawek dziecięcych, to pląsawicy, to charakteryzujące się cechami histerycznych, padaczkowych lub wreszcie histero-epileptycznych przypadów. Ciekawemi są tu spostrzeżenia Soltmanna, Strohego i Köllikera młodszego, którzy stwierdzili, jak podają, że z usunięciem zatrzymania jądra objawy padaczkowe ustają najzupełniej. Inne, zachodzące u wnętrów cierpienia nerwowe, jak mimowolne moczenie, nerwowość, niedomogę nerwową i td. opisują F. König, Besançon, Kölliker i inni.

Lecz nie dość na tem. Z wadliwym rozwojem i zwyrodnieniem narządu płciowego łączą się nie tylko, jak z poprzedzających uwag wynika, zaburzenia w pewnych określonych dziedzinach ustrojowych, ale niejednokrotnie występują tu zboczenia przyrody ogólniejszej. Do nich należy zatarcie się typu męzkiego. Rizet i Maestre de San Juan opisują przypadki, gdzie u osobników dorosłych, których jądra nie przechodziły wielkości bobu, a prącie mierzyło tylko 4—4$\frac{1}{2}$ ctm., włosy na brodzie i okolicy sromowej były albo słabo bardzo rozwinięte, albo brakowało ich najzupełniej. Ciało zaś całe wyróżniało się budową i wejrzeniem więcej kobiecem. W przypadkach Curlinga, Legoisa, Le Dentu były sutki niezwykle silnie rozwinięte, a w przypadku Urdyego wydzielały w pewnych okresach ciecz podobną do mleka. (Por. Kocher str. 407). Inny przypadek dotyczący mężczyzny z typem zbliżonym do żeńskiego *(pseudohermaphroditismus masculinus)*, opisuje Delageniere. Lekarz ten poddał pacyenta, uchodzącego za kobietę, laparotomii, chcąc usunąć nękające go bóle, wycięciem rzekomej macicy i jej przyczepów. W miejsce jednakże żeńskich narządów płciowych znalazł w okolicy pierścieni pachwinowych utwory podobne do jąder. Badanie drobnowidowe rozstrzygnęło sprawę tę na korzyść ostatnich. (Strohe *l. c.* str. 4 i 5). Besançon rozróżnia tu dwa typy wnętrów: do typu pierwszego zalicza te osobniki, których jądra odbyły wędrówkę aż do kanału pachwinowego (włączając tu także wnętrów jednostronnych), do drugiego zaś osobniki z śródbrzusznem umiejscowieniem jąder. Pierwsze mają według niego wejrzenie budowę i popęd płciowy męzki, nawet i w tych razach, gdzie nasienie ich nie zawiera plemników. — podczas gdy osobniki typu drugiego przedstawiają charakter więcej kobiecy, odznaczając się budową wysmukłą, brakiem uwłosienia męzkiego i t. d. Besançon upatruje w nich podobieństwo do rzezańców (Por. Strohe *l. c.* str. 20).

Nie ulega wątpliwości, że zaburzenia w narządach, odgrywających w życiu rodzinnem takważną rolę, jak jądra, których czynność prawidłowa jest jednym z najgłówniejszych warunków szczęścia i „spokoju domowego“, wpływać muszą na stronę duchową i umysłową człowieka niemi dotkniętego. Do anomalij psychicznych, tu się odnoszących, zalicza Strohe obłęd wywiadowczy, podsycany odnośną popularną lekturą, i hipochondryę; Besançon podnosi usposobienie fantastyczne wnętrów. F. König rozpościera zakres swych spostrzeżeń na zwierzęta, nadmieniając że tak lubownikom koni, jak i weterynarzom, znany jest oddawna fakt, że ogiery, dotknięte wnętrostwem, są zwierzętami nad wyraz złośliwemi. Najlepszym zaś i przekonywającym najzupełniej dowodem, iż złośliwość ta stoi w związku przyczynowym z wnętrostwem, jest ta okoliczność, że stają się najłagodniejszemi stworzeniami po dokonanem wytrzebieniu. Lombroso i Tuffier upatrują we wnętrostwie znamię ogólnego organicznego zwyrodnienia.

Zastanówmy się na chwilę jeszcze nad statystyką anomalij narządów płciowych, a mianowicie nad statystyką najczęściej tu zachodzącego zboczenia, t. j. zatrzymania i zdrożenia jąder. Rozmaici autorowie stwierdzili, że zachodzą one daleko rzadziej u dorosłych niż u chłopców, nowonarodzonych. Wrisberg spostrzegał w 102 badanych przypadkach tych ostatnich 12 razy wnętrostwo, 11 razy zatrzymanie jąder prawostronne, a 7 razy lewostronne. Wyniki badań odnośnych Holmsa wykazały na pięć przypadków jeden wnętrostwa. Rzadkość jego, a więcej jeszcze zatrzymania u dorosłych tłómaczy się tą okolicznością, że u wielu osobników zstępują jądra do moszny bądźto w pierwszym roku życia, bądźto przed wiekiem pokwitania, bądź też w samej porze pokwitania, a wyjątkowo nawet i w wieku późniejszym, jak o tem świadczą przypadki Godarda i Mayora. Rannes znalazł przy brance we Francyi wnętrostwo tylko 6 razy u 3,600, a Marschall w Anglii 11 razy u 10,800 badanych osobników.

Rozprawa Dütschkego (przytoczona u Strohego) poucza nas dalej, że w Austryi od r. 1870—1882 na 7.000.000 badanych uwolniono 14.000 od służby wojskowej skutkiem wnętrostwa lub zdrożenia jąder. Strohe oblicza na podstawie tych danych, że wnętrostwo, odnośnie zatrzymanie jąder dotyka 1—2‰ osobników. (Por. Kocher *l. c.* 414 i 418, Englisch *l. c.* 547, Strohe 5). (Dok. nast.).

III. O przedoperacyjnem badaniu nerek, szczególnie w kierunku ich dostatecznej sprawności czynnościowej.

Napisał
Dr. M. W. Herman.

(Dokończenie).

Wobec tych względnych ciągle wyników pożądanem było wykrycie nowych sposobów, i tym razem zwrócono uwagę

na czynność wydzielniczą nerek. Już na początku ubiegłego stulecia Hahn i Rayer zwrócili uwagę na zjawisko, że ludzie, cierpiący na chorobę nerek, nie oddają po zażyciu olejku terpentynowego moczu o woni fiołków, ani też nie stwierdzali charakterystycznej woni moczu po spożyciu szparagów. Ci sami chorzy źle znosili proszek Dovera (Todd, 1857), makowiec (Charcot i Cornil), rtęć (Roberts, 1865). W dalszym ciągu Duckwort, badając wydzielanie się z moczem jodu, węglanów alkalicznych, soli sodowych i potasowych i t. d., stwierdził, że połączenia te u ludzi, dotkniętych chorobą Brigtha, wydzielają się powolniej. Chauvet spostrzegł to samo zjawisko po użyciu bromku potasowego, rtęci, siarkanu chininy i t. d. Jeden z pierwszych Gluck, modyfikując metodę Czernego, po założeniu przetoki do miedniczki nerkowej podawał chorym połączenia jodu i badał ich zachowanie się w moczu [4]) Systematyczne i zupełnie celu świadome prace w tym kierunku rozpoczynają się jednak dopiero od wprowadzenia błękitu metylenowego przez Acharda i Castaignea. Małe ilości tego barwika (0·05), podane wewnętrznie, lub podskórnie w rozczynie, wydzielają się w małej ilości z żółcią, w przeważnej części z moczem. Barwik ten w ustroju ulega zmianie o tyle, że część jego przeistacza się w chromogen, połączenie bezbarwne, które dopiero przez zagotowanie z kwasem octowym przybiera zabarwienie błękitne. Większa jednak część błękitu wydziela się niezmieniona i może być wprost wzrokiem wykryta i oznaczona ilościowo na drodze kolorymetrycznej przez porównanie z mianowanymi rozczynami. Rozczynów takich trzeba mieć 24. Nr. I. odpowiada roztworowi 1-ej części błękitu metylenowego na milion wody, nr. XXIV. zaś 1-ej cz. błęk. met. na 10.000 cz. wody. Prawidłowo chromogem wykryć można w moczu już po 15 min ; po 30 m. występuje już wyraźne niebieskie zabarwienie moczu, które następnie, potęgując się, dochodzi do *maximum* po kilku godzinach, poczem stopniowo się obniżając, trwa przez 36 do 60 godzin. W stanach patologicznych typ ten wydzielania się sztucznie do ustroju wprowadzonego błękitu zmienia się i to w rozmaity sposób:

1) Barwik pojawia się w moczu później i wydziela się przez czas znacznie dłuższy niż się to dzieje w stosunkach prawidłowych, lub też spostrzegamy zjawisko takie, że

2) mocz niebieski pojawił się w takim czasie, jak w warunkach fizyologicznych, lecz cały okres wydzielania trwał nieporównanie krócej; w końcu.

3) początek wydzielania opóźnia się, lecz mimoto zupełne wydalenie barwika z ustroju następuje w czasie krótszym, niż to bywa prawidłowo.

Nadto u ludzi cierpiących na choroby nerek spostrzegano odmienny typ wydzielania. Typ ciągły okresowy, prawidłowy zamienia się na patognomoniczny — przerywany.

Po bliższem rozpatrzeniu się w tej sprawie, niemal wszyscy autorowie przychodzą do przekonania, że wyniki, jakie uzyskać możemy przez próbę metylenową, mają bardzo względną wartość. Wielu podnosi przedewszystkiem to, że wydzielanie błękitu metylenowego, jako ciała, nie będącego wytworem przemiany materyi, lecz sztucznie wprowadzonego, nie może żadną miarą służyć nam za probierz funkcyi nerek. Następnie przekonano się, że wystarczy choćby cząstka nieznaczna, jako-tako funkcyonującego miąższu nerkowego, aby już mocz przybrał zabarwienie niebieskie. Nadto typy wydzielania się tego barwika i zachowanie się jego w różnych cierpieniach nerkowych ulegają tylu wyjątkom, że nie należy z tej strony wyczekiwać jakichkolwiek wyników rozstrzygających. Nieprzychylnie więc o tej próbie wyrażają się Lipmann, Wulf, Strauss, Senator, Burghart, A. Bagińsky i in.; z naszych autorów Majewski i Landau. Tylko we Francyi metoda ta bywa jeszcze używaną.

Jeszcze mniej korzystne sprawozdania czytamy o innych barwikach, jak o tioninie, kwaśnej fuksynie i t. d.

Najlepszą opinią cieszy się obecnie próba nerek zapomocą florydzyny. Glikzyd ten, wykryty przez Moeringa odznacza się tem, że wstrzyknięty podskórnie w ilości 0·005, wywołuje cukromocz. Na własność tę zwrócili uwagę Casper i Richter i wyzyskali ją do celów oznaczania sprawności nerek. Badania Klemperera, Acharda, Delamarea, Zuntza, Minkowskiego, Sceliga i in. wykazały, że cukromocz, zjawiający się po zadaniu tego środka, jest pochodzenia wyłącznie nerkowego W nerkach zwierząt, na które przez dłuższy czas działano florydzyną, znachodzono w cewkach skręconych *(tubuli contorti)* zmiany anatomiczne, które niewątpliwie świadczą o tem, że cukier w moczu pojawia się tylko dzięki takiemu czynnemu współudziałowi nerek i że najprawdopodobniej florydzyna nie powoduje zaburzeń w ogólnej przemianie materyi, a sprawia tylko, że nerki stają się przepuszczalne dla cukru prawidłowo we krwi krążącego. Innemi słowy, mamy tu do czynienia z t. zw. *diabetes renalis*. Nie brak nam nawet na to kilku dowodów doświadczalnych. Zuntz odsłabniał jedną nerkę, a właściwie jej tętnicę i wstrzykując do tętnicy florydzynę, zbierał mocz z nerek oddzielnie i stwierdzał, że w moczu, zbieranym z tej nerki, której krew tętnicza zmieszaną była z floridzyną, był cukier obecny w znacznej ilości, podczas gdy mocz z drugiej nerki nie zawierał tej domieszki. Następnie Minkowski i Schabad wycinali obie nerki, wstrzykiwali floridzynę i stwierdzali, że ilość cukru we krwi bynajmniej nie wzrastała. W końcu z kilku stron równocześnie stwierdzono, że ten sztuczny *diabetes renalis* nie zależy wcale od rodzaju pożywienia i równie łatwo można go wywołać u zwierząt głodzonych jak i u karmionych wyłącznie pożywieniem skrobiowatem.

Cukrzyca po podaniu floridzyny rozpoczyna się wcześnie, gdyż już po 15—30 minutach i utrzymuje się stosunkowo krótko, gdyż tylko 3 godziny. Ilość cukru wytworzonego w tym czasie waha się w znacznych granicach, przeciętnie wedle obliczeń Acharda i Delamarea 1·75 grm. Ponieważ jednak liczba ta jest przeciętną z liczb bardzo rozległych i bardzo niestałych, przeto z samego tylko stwierdzenia obecności cukru w moczu, a nawet z jego ilości, nie możemy jeszcze nic wnosić o wytrawności czynnościowej nerek, mimo iż floridzyna jest dobrym wskaźnikiem ich sprawności. Dopiero przez porównanie ilości cukru wydzielonego w tym samym czasie przez każdą nerkę z osobna możemy przyjść do pewnych wniosków.

I z tem przeświadczeniem zbliżamy się ku końcowi: ani cewnikowanie moczowodów samo przez się, ani też za-

[4]) Świeżo w tym kierunku badał zachowanie się jodu Simonelli i wykazał, że w zapalenu nerek jod w moczu pojawia się 5 do 20 godzin później, niż w stosunkach prawidłowych (po $1^1/_2$ godz.).

dna z prób dopieroco wyliczonych bez cewnikowania moczowodów nie dają nam zadowalającej odpowiedzi na pytania, 1) czy obie nerki istnieją i 2) czy nerka druga, zastrzegając się od przypadków, niedających się przewidzieć, zdoła być czynną za obie. Ale przez połączenie obu tych metod dojść możemy do wniosków rzetelnych.

Wnioskowanie zaś z takiego skombinowanego badania stało się możliwem dopiero od czasu stwierdzenia tego faktu, ze **każda nerka w tym samym przeciągu czasu wykonuje jednakową pracę**, oczywiście z tem zastrzeżeniem, o **ile obie nerki są zdrowe**. To jest też niemała zdobycz ostatnich lat.

Więc rzeczy tak się ukształtowały, że przebieg badania w kierunku obecności i wytrawności drugiej nerki, przed zamierzonem wycięciem jednej, przedstawiać się będzie, jak następuje: najpierw przez kryoskopię krwi stwierdzamy efekt czynnościowy obu nerek równocześnie. Liczba otrzymana kierować będzie dalszem naszem postępowaniem. Jeżeli $\delta < 0{\cdot}57$, wówczas tylko wtedy myśleć będziemy o dalszem badaniu, gdy istnieją warunki wyjątkowe, mogące spowodować takie zagęszczenie krwi, mimo dostatecznej sprawności nerek. Gdy zaś istnieje brak tych wyjątkowych warunków, lepiej odłożyć dalsze badanie i zamierzoną operacyę i czekać kilka dni, czy się tymczasem stosunki nie wyjaśnią. Kiedy jednak $\delta = 0{\cdot}56$ przystępujemy do dalszego badania, a zatem na pierwszem posiedzeniu zakładamy cewniki do obu moczowodów, zbieramy mocz oddzielnie z prawej i lewej nerki i w zebranej ilości oznaczamy odsetkowo mocznik (prawidłowo około 1·6%), w innej zaś części oznaczamy Δ. Aby zebrać odpowiednią ilość moczu, wystarczy pozostawić cewniki w moczowodach przez 20—30 min. Zwykle czas ten jest dostateczny do zebrania potrzebnej ilości moczu, nie jest uciążliwy ani dla chorego ani dla lekarza, a chorego wcale nie naraża na większe niebezpieczeństwa, jak tylko na takie, jakie łączyć się mogą z ureteroskopią w ogólności

Na innem posiedzeniu zaprowadzamy znów cewniki do moczowodów w godzinę po wstrzyknięciu podskórnem floridzyny. W tym czasie wydzielanie cukru bywa najwydatniejsze. I znów w ilości moczu zebranej przez czas kilkunastu minut, oznaczamy odsetkowo zawartość cukru, używając do tego celu metody polaryzacyjnej lub którejbądź z metod chemicznych. Poprzednio już zaznaczyliśmy, że bezwzględna ilość cukru w tej metodzie nie pozwala na wyciąganie jakichkolwiek wniosków, — lecz przez porównanie ilości wydzielonej w tym samym czasie przez każdą nerkę z osobna możemy dojść do wyników, kierujących naszem postępowaniem. **Casper i Richter** stwierdzali np w przypadkach guzów jednej nerki ilość cukru po stronie chorej = 0%, po stronie zdrowej = 0·2% i więcej.

Przy tem skombinowanem postępowaniu zyskuje na wartości nawet próba błękitem metylenowym, kiedy uda się nam stwierdzić, że np. mocz niebiesko zabarwiony pojawia się po stronie uważanej za zdrową i szybciej i w większem natężeniu.

Tak się przedstawia stan nauki o przedoperacyjnem badaniu nerek w kierunku ich sprawności czynnościowej. Starałem się rzecz przedstawić zwięźle i tylko o tyle, o ile ona obchodzić może chirurga. Następstwem tego było, że trzeba było pominąć (zwłaszcza w części drugiej), obfite piśmiennictwo, odnoszące się do strony bardziej teoretycznej. Skracając zaś tak rzecz, starałem się w całem przedstawieniu zachować ścisłą przedmiotowość, a czytającemu pozostawiłem wyrobienie sobie sądu o wartości tej lub owej metody.

Piśmiennictwo. 1) Ch Achard et Castaigne: L'examen clinique des fonctions renales par l'elimination provoquée (Suite de monographies Nr. 23 Paris 1900). 2) Albarran: Über Anwendung der Kryoskopie zur Untersuchung der Nierenfunction. (Ref. w. Ctrbl. f. Chir. 1901 Nr. 1). 3) Albarran: Ureteroskopie. (Ref. w. Ctrbl. f. Chir. 1897 Nr. 39). 4) Albarran: Les infections secondaires dans la tuberculose urinaire. (Ref w Ctrbl. f. Chir. 1898 Nr. 36). 5) Albarran: Nouvelles obsevations de catherisme cystoscopique des uretères (Association française d'urologie). 6) H. Aue: Zur Chirurgie der Nieren. (Samml. klin. Vortr. N. F. 288). 7) M. P. Bazy: Du réflexe urétérovesical. (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1901 Nr. 30). 8) Bräuninger: Beiträge zur Nierenchirurgie (Beitr. z. klin. Chir. XVIII 2). 9) L. Casper i P. F. Richter: Ueber functionelle Nierendiagnostik (Berl. klin. Wochenschr. 1900 Nr. 29) 10) L. Casper: Ueber den diagnostischen Werth des Ureterenkatheterismus für die Nierenchirurgie (Berl. klin Wochsch. 1897 Nr. 38). 11) L. Casper: Therapeutische Erfahrungen über Ureterenkatheterismus (Berl. klin Wochschr. 1898 Nr. 2). 12) L. Casper: Zur Methode der functionellen Nierendiagnostik (XXX. Congr. d. deutsch. Chirurg). 13) L. Casper: Die Verwerthung der functionellen Nierenuntersuchung für die Diagnostik der Nieren- und Bauchchirurgie (Ctrbl. f. Chir. 1901 Nr. 44) 14) L. Casper i P. F. Richter: Functionelle Nierendiagnostik etc (Berlin — Wien Urban & Schwarzenberg 1901). 15) F. V. Cantwell: Six nephrectomies (Ref. w Ctrbl. f Chir. 1900 Nr. 26). 16) P. Fiori: L'ipertrofia anatomica e funzionale del rene alla tolleranza dell'organismo nelle demolizioni extesse dell'organo. (Policlinico Ser. chir. 8 et 9 1901). 17) B. Floderus Några fall af nefrektomia från Upsala kirurgiska klinik. (Hygiea LX. 2). 18) Gersuny w dyskusyi nad odczytem Küstnera na XII kongr. międzynarod. w Moskwie. 19) A G. Gerster: Einige Beiträge zur Chirurgie der Nieren und des Harnleiters (Ref w Ctrbl. f. Chir. 1898 Nr. 9). 20) Fr. Glénard: Note sur l'exploration manuelle du rein. (Gaz. hebdom. 1889 Nr. 8). 21) Herczel: Ueber Nierenexstirpation (Beitr. z. klin. Chir. TVI.) 22) E. Holländer: Ueber den diagnostischen Werth des Ureterenkatheterismus für die Nierenchirurgie (Berl. klin. Wochsch. 1897 Nr. 34). 23) R. Hölscher: Ueber Katheterisation der Ureteren. (Münch med Wochschr 1897 Nr. 50) 24) G v Illyés: Der Ureterenkatheterismus im Dienste einiger neueren Methoden der Nierendiagnostik (Deutsche Ztchschr. f. Chir Bd 61 Z 3 i 4). 25) G v. Illyés: Ureterenkatheterismus und Radiografie (Deutsche Ztschschr. f. Chir. Bd 62 Z 1 i 2). 26) L. Imbert: Le cathéterisme des ureteres par les voies naturelles. (Ref v. Ctrbl. f Chir. 1898 Nr. 31). 27) J. Israel: Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren (Berl. klin. Wochsch. 1889 Nr. 7 i 8) 28) J. Israel: Was leistet der Ureterenkatheterismus in der Nierenchirurgie? (Berl. klin. Wochsch. 1899 Nr. 2). 29) A. Iversen: Beitrag zur Catheterisation der Ureteren bei dem Manne. (Ctrbl. f. Chir. 1888 Nr. 16). 30) L. Juares: Sémiologie rénale (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1899 Nr. 48). 31) C D Josephson: Beiträge zur konservirenden Nierenchirurgie (Ref. w Ctrbl f. Chir. 1901 Nr. 25). 32) J. Kiss: Ueber den Werth der neueren Untersuchungsmethode zur Bestimmung der Niereninsufficienz (Berl. klin Woch. 1901 Nr. 47; 48). 33) H. Koeppe: Zur kryoskopie des Harnes (Berl klin Woch 190 Nr. 28). 34) F König: Chirurgische Behandlung der Nierentuberculose. (Deutsche med. Wochsch. 1909 Nr. 7). 35) A. v. Koranyi: Zur Discussion über die Wissenschaftliche Begründung der klinischen Kryoskopie (Berl. klin. Wochsch. 1901 Nr. 48). 36) H. Kümmel: Die Feststellung der Functionsfähigkeit der Niere vor operativen Eingriffen. (Deutscher Chirurg. Kongress 1900). 37) M M Kusnetzow: Ein Fall von Nephrektomie (Ref. w. Ctrbl. f. Chir. 1900 Nr. 10). 38) M. L. Kreps: Weitere Beobachtungen über Harnleiterkatheterisation (Ref. w. Ctrbl. f. Chir. 1898 Nr. 10). 39) M. L. Kreps: Ueber Ureterenkatheterisation. (Ref w. Ctrbl f. Chir. 1899 Nr. 19). 40) Küstner: Ueber die Neubildungen der Nieren und ihre Behandlung. (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1897 Nr. 39). 41) H. Kümmel: Zur Resection der Nieren. (Langenbeck's Archiw T. 46). 42) H Kümmel: Die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und des Urins etc. (Münch. med. Wochschr. 1900 Nr. 44) 43) F. König: Bemerkungen zur Frage der Anurie (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1901 Nr. 11). 44) H. Kümmel. Praktische Erfahrungen über Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten (XXX. Congr. d. deutsch Chir.). 45) R. Lewandowski: Zur Elektro-Kystoskopie. (Wiener Klinik 1891. Z. XII.). 46) G. Lotheissen: Ein Beitrag zur Chirurgie der Nieren (Langenbeck's Archiw. T. 52 Z. 4). 47) L. Lipmann-Wulf: Beiträge zur Lehre von der Nierenfunction (Deutsche med. Wochsch. 1901 Nr. 3). 48) L. Lipmann-Wulf: Beobachtungen bei einer vor 14 Jahren nephroktomirten. (Ctrbl. f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 9). 49) Landau: Harnleiterkatheterismus in den Gynäkologie. (Berl. klin. Wochsch 1899 Nr. 21). 50) H. Lüthje: Beitrag zur Frage des renalen Diabetes. (Münch. med. Wochsch. 1901 Nr. 38). 51) F. Mainzer: Über den Werth der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus beim Weibe (Berl. klin. Wochsch. 1896 Nr. 49) 52) F. Majewski: O zachowaniu się błękitu metylenowego w ustroju. (Gazeta lekarska 1901 Nr. 42 i 43).

53) Mankiewicz: Ueber Nierenoperation bei Mangel oder Erkrankung den zweiten Niere. (Berl klin. Wochschr. 1900 Nr. 35) 54) Idem: (Monatsberichte über die Gesamtleist a. d. Geb. der Krankh d. Harn u. Sexual-Apparates Bd. V. H. 9). 55) C. Menge: Ueber Urinbefunde nach Nierenpalpation. (Münchener med. Wochschr. 1900 Nr. 23). 56) W. Meyer: Catheterism of the ureters in the male ivith the help of the ureter cystoskope. (Ref. w Ctrbl f. Chir. 1897 Nr. 38). 57) Mohr: Zur Behandlung der polycystischen Nierenentartung (Mitteil. a. d. Grenzgeb d. Med. u. Chir. T. VI Z. 4 i 5). 58) Fr Müler: Ueber die Ausscheidung des Methylenblaus durch die Nieren. (Deutsch. Archiw f. klin. Med. T 63). 59) A. Neumann: Eine einfache Methode den Urin beider Nieren beim Weibe gesondert aufzufangen (Deutsche med. Wochschr. 1897 Nr. 43). 60) A. Obaliński: Obecny stan chirurgii nerek. (Gazeta lek 1896) 61) E. de Paoli: Considerazioni su alcani casi di chirurgia del rene etc. (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1897 Nr. 51). 62) F. Pinner: Beitrag zur Nierenchirurgie (Langenbecks Archiw 5 6 7 8) 63) G. Reynaud et D'olmer: Valeur du chromogen. diagnostic de la permeabilite renale par l'épreuve du bleu de methylen. (Soc. de biologie 21 oct. 1899). 64). L Riess: Ueber percutorische Bestimmung der Nieren (Ztschr. f. klin. Med. XVI.). 65) A. W. Robson: Cases illustrative of renal surgery. (Brit Journ 1888 p. 813). 66) H. Rose: Ein neues Verfahren bei der Frau den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen. (Ctrbl. f. Gynäkol 1897 Nr. 5). 67) O. Rumpel: Ueber die Bedeutung der Gefriespunktsbestimmungen von Blut und Harn. (Beitr. v. klin. Chir. T. 29 Z. 3). 68) L. Rydygier: Wprowadzanie cewnika do moczowodów sposobem Nitzego. (Przegl lek. 1895 Nr. 37). 69) J. Schnürer: Die primäre Nierentuberculose (Ctrbl. v Grenzgeb. d. Med u. Chir. T. II. Z. 12—12). 70) A. Seelig: Ueber Floridzindiabetes (Deutsche med. Wochsch. 1900 Nr. 44). 71) Simonelli: Nuovo metodo di esame della permeabilità renale. (Nuova rivista chir. therap 1899 Nr. 10) 72) De Sard: Le catheterisme cystoscopique des ureteres consideré comme moyen de diagnostic. (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1900 Nr. 34). 73) Schede: Verletzungen und Erkrankungen der Nieren und Harnleiter. (Handbuch der prakt. Chir. T. III. Cz. II). 74) Schwalbe: Mitteilung über zwei Fälle von kongenitaller Nierenverlagerung. (Virchow's Archiv 1896). 75) P. Sendler: Ueber Indicationen und Resultate chirurgischer Eingriffe bei Erkrankungen der Nieren. (Münch. med. Wochschr. 1899 Nr 5 i 6). 76) O. Simon: Die Nierentuberculose und ihre chirurgische Behandlung (Beitr. z. klin. Chir. T. 30 Z. 1). 77) Strauss: Zur functionellen Nierendiagnostik. (Ref. w. Deutsche med. Wochschr. 1901 Nr. 39). 78) Tschudy: Ueber einen Fall operativ behandelter Nephrolitiasis. (Korrespondenzblatt f. schweiz Aerzte 1899 Nr. 24) 79) Th. Tuffier: Etudes experimentales sur la chirurgie du rein. Paris 1889. 80) Thumin: Nephrektomie wegen Pyelonephritis calculosa. (Berl. klin Wochschr. 1900 Nr 41). 81) J. Voisin et Hauser. Remarques sur l'élimination du bleu de métylène. (Gaz. hebdom. 1897 p. 493). 82) Wiebrecht: Kazuistischer Beitrag zur Indicationsstellung von Nierenextirpationen auf Grund der Bestimmung des Blutgefrierpunktes. (Ctrbl. f. Chir. 1900 Nr 52) 83) P. Wagner: Behandlung der Erkrankungen der Nieren und des Harnleiters (Handbuch d. Therapie Penzoldt u. Stitzing T. VII. Jena. 1898).

IV. Przyczynek do terapii skazy moczanowej za pomocą t. zw. leczenia skombinowanego.

Podał

Dr. Franciszek Wobr

lekarz zakładu kąpielowego w Cieplicach trenczyńskich (latem) i stacyi klimatycznej Lussinpiccolo (w zimie).

(Dokończenie).

Każdy lekarz praktykujący wie dobrze, jak w skazie moczanowej mało należy polegać na samej terapii dyetetycznej, lub samem piciu tej lub owej wody mineralnej, lub wreszcie na samem tylko stosowaniu kąpieli — i jak przemijającymi są skutki tej lub owej, wyłącznie stosowanej, kuracyi. Zgroza przejmuje, czytając rozliczne przepisy dyetetyczne dla cierpiących na dnę: jedni zakazują używania mięsa [7], inni właśnie (Mehring, Pfeiffer) zalecają potrawy mięsne w znacznej ilości; ci skreślają tłuszcze, podczas gdy inni znowu gorąco je zalecają.

Podobne zapatrywania spotykamy i co do używania wód mineralnych i kąpieli. Ponieważ doświadczenie niezbicie poucza, że poszczególna metoda lecznicza sama nie wiele pomaga, polecamy dzisiaj, co weszło już w życie w zakładach kąpielowych, t. zw. leczenie skombinowane, tj. leczenie, uwzględniające obok balneoterapii mechanoterapię i przepisy dyetetyczne. Skuteczne działanie takiej kombinacyi należy przypisać tym czynnikom, które najwięcej pobudzają przemianę materyi, tj. kąpielom i używaniu wody mineralnej. Skoro więc środki balneoterapeutyczne są niedostateczne, musimy rozejrzeć się za przetworami chemicznymi, by w ten sposób uzupełnić nasze zadanie i wypełnić braki w leczeniu skazy moczanowej. Ta część leczenia należy do zakresu t. zw. środków objawowych (paliatywnych), do których zaliczamy wszystkie leki przeciwgorączkowe: są one zarazem i środkami gorączkowymi (*pyretica*), tj., że u człowieka zdrowego wywołują podniesienie ciepłoty (Stekel); a ponieważ wiemy, że u chorych na dnę właśnie cierpi wytwórczość ciepła, to i w tym kierunku zwrócić winniśmy naszą uwagę i starać się podnieść ciepłotę krwi, polepszyć chemiczną regulacyę cieplną, a tem samem i sprawy utleniania śródtkankowego tak, aby nastąpiło silniejsze wydzielanie kwasu moczowego. Do środków, które spełniają to zadanie, należy nietylko wodoleczenie [8], lecz i przetwory chemiczne, jak np. spermina (Poehl), lek to jednak bardzo drogi (10 grm. kosztuje 10 kor.) i dlatego dla ogółu nieprzystępny. Z tańszych należy wymienić kofeinę, jako lek najskuteczniejszy ze wszystkich, jakie posiadamy. Najsilniejsze jednakże działanie na podniesienie ciepłoty wywiera kombinacya środka przeciwgorączkowego z kofeiną. Dr. Stekel wykazał, że wszystkie środki przeciwgorączkowe podnoszą ciepłotę człowieka prawidłowego, nie gorączkującego; a ponieważ wiemy, że ciepłota u chorych na dnę jest niższą, niż prawidłowa, to musimy te leki przeciwgorączkowe uważać właściwie za wywołujące gorączkę (*pyretica*) i używać ich w celu wzmożenia procesów utleniania śródtkankowego.

Wszystkie przetwory przeciwgorączkowe byłyby tutaj wskazane; należy jednak wybierać takie, któreby łączyły w sobie zupełną nieszkodliwość z największą siłą ciepłotwórczą. Wiemy, jakie niebezpieczeństwa kryją w sobie przetwory przeciwgorączkowe przy dłuższem ich użyciu; że tu wspomnę tylko antypirynę, fenacetynę, antyfebrynę, pyramidon i laktofeninę (Pauli, Scheuer). I cytrofen należy do środków przeciwgorączkowych; działanie jego wprawdzie nie jest tak silne, jak np. antypiryny, zawsze jednak silne i dłużej trwające [9]). Sprowadza on podniesienie ogólne ciepłoty, oraz szybsze wydzielenie kwasu moczowego. Podobnie działa i drugi fenetidinderywat: apolysina. Po użyciu 1 grm. cytrofenu chory na dnę czuje się podmiotowo lepiej wskutek podniesienia ciepłoty, weselszy, gdyż i bóle ustępują pod wpływem działania antynewralgicznego cytrofenu. Polecam go zażywać w czarnej kawie, lub zapisuję podług następującego wzoru:

Rp. *Citropheni 1,00.*
Coffeini puri 0,10.
S. Co 2 godziny zażywać.

Przy nieznoszeniu cytrofenu (migotanie w oczach, uczucie próżni w żołądku itd.) polecam:

Rp. *Apolysini 0,50.*
Coffeini 0,10.
S. Co 2 godziny zażywać.

Są lekarze, którzy zakazują chorym na dnę picia kawy, ponieważ w najnowszych czasach zwrócono uwagę, że zawarte w czarnej kawie kofeinę, teinę, teobrominę należy uważać za połączenia chemiczne, bezpośrednio poprzedzające (*Vorstufe*) kwas moczowy. Pewnych dowodów na to niema. Rost wykazał, że te połączenia przechodzą niezmienione do moczu, lub że zostają zmienione w inne ciała chemiczne (*heteroxanthin*). Minkowski podnosi słusznie, że doświadczenie nie wskazuje na niekorzystne działanie kawy. W Tur-

[7]) Śmiało możemy powiedzieć, że używanie mięsa nie jest przyczyną dny; Pfeiffer wykazał nawet, że przy obfitej dyecie mięsnej kwas moczowy, wydzielony z moczem, łatwiej nawet się rozpuszcza, niż przy dyecie zupełnie pozbawionej mięsa.

[8]) Przyrządy, działające gorącem powietrzem (*Heissluftapparate*) działają znakomicie, na nieszczęście jednak tylko w dnie o ogniskach miejscowych, a nie w skazie ogólnej.

[9]) Steckel, Kornfeld, Hamberger, Bennesio, Tittel, Pingerre, Frieser.

cyi, gdzie używanie czarnej kawy daleko jest większe, niż u nas, mimo gnuśnego i obfitego sposobu życia przy braku fizycznej pracy dna należy do chorób niesłychanie rzadkich.

Stosowałem cytrofen z kofeiną i apolysinę z kofeiną w znacznej liczbie przypadków (około 120), lekkich i ciężkich, z bardzo dobrym skutkiem. Zwłaszcza w kombinacyi z zabiegami mechanoterapeutycznymi otrzymuje się zdumiewające wyniki. I wśród ostrego napadu mogę gorąco polecać cytrofen i apolysinę. Bóle znikają szybko przy równoczesnem zastosowaniu gorących okładów. Zapisuję dawki 1.00, względnie 0,50 w dwugodzinnych odstępach, aż do zupełnej bezbolesności. Ujemnych objawów ubocznych nie zauważyłem nigdy.

Na tem kończę podstawę leczenia dny, która brzmi: „pobudzenie wytwórczości ciepła“ — i przechodzę do naszkicowania metody leczenia skazy moczanowej, która się praktykuje w naszych cieplicach. Pomijam leczenie ostrego napadu, bo ten nie należy do zakresu balneoterapii, a jeśli on kiedy występuje, to tylko wskutek kąpieli, jako t. zw. odczyn i nie różni się zupełnie od ostrego napadu dny. W takich ostrych przypadkach stosujemy unieruchomienie, wysokie ustawienie zajętego narządu, — gorące zawijania z dodaniem:

Lithion carbon.
Kal. jodat. āā 3,00
Aq. destill. 200,00

lub też okłady z roczczynu Burowa w formie t. zw. „longietów“ [10]).

Na wewnątrz stosujemy cytrofen, cytrofen z kofeiną, apolysinę z kofeiną, i picie wody alkalicznej gorącej, najczęściej ze zdroju „Salvatora“ w ilości 250—300 grm. na dawkę. Najczęściej już w przeciągu 24 godzin chory staje się zdolny do używania kąpieli. Rozpoznawszy skazę moczanową, przystępujemy do stosowania kąpieli. Rozpoczynamy od kąpieli wannowych, umiarkowanie ciepłych, zanim ciało przystosuje się do kąpieli o ciepłocie 35° — 37° C., trwających 20—40 minut; następnie chory się poci 20—30 minut w gabinecie. Po kąpieli udaje się on do domu i kładzie się na jedną godzinę do łóżka w celu dalszego następowego pocenia się. Po 3 kąpielach następuje dzień wolny od kąpieli, po którym rozpoczynamy leczenie skombinowane.

Na godzinę przed kąpielą chory pije wodę mineralną, zależnie od objawów dny. Osoby krwiste muszą uregulować czynność swego ustroju przed kąpielą. Ciepłota i czas trwania kąpieli powoli się podnoszą. Chorzy biorą kąpiele, połączone z chodzeniem *(Gehbäder)*, w basenach o ciepłocie 39° — 40° C. i przebywają w nich 45 — 60 minut. Także i pocenie się, oraz następcze pocenie się w domu, przedłuża się, aż dojdzie się do *maximum*, tj. 2 godzin.

Działanie kąpieli potęgują jeszcze natryski i kąpiele błotne (mułowe) *(Schlammbäder)*. Ta forma kąpieli znajduje zastosowanie tylko miejscowo i tylko raz dziennie. Po 4 kąpielach błotnych następuje jeden dzień wolny. W wyjątkowych przypadkach każemy się kąpać 2 razy dziennie: rano kąpiel z chodzeniem (*Gehbad*), popołudniu natrysk lub kąpiel błotna i to zawsze tylko miejscowo, szczególnie tam, gdzie wypociny lub patologiczne wytwory, oraz ich następstwa, jak guzy dnowe, przykurczenia, stężenia stawów itd. zajęły pewne ograniczone miejsca i opierają się leczeniu ogólnemu.

W ogólności przeznaczamy 30 kąpieli na sześciotygodniowy okres leczenia. Zanim jednak chorego wypuścimy z zakładu, zalecamy, zależnie od jego stosunków, pobyt bądź w okolicy górzystej, bądź nad morzem, wreszcie w razie potrzeby leczenie terenowe, lub winogronowe; prócz tego radzimy w czasie całej zimy picie naczczo po szklance wskazanej i ogrzanej wody mineralnej, zachowywanie dyety ciała i umysłu, dostateczne używanie ruchu, — jedną do dwu kąpieli regularnie co tydzień, ogrzanej do 35° — 36° C. z następowymi chłodnymi natryskami. Osobom młodszym radzimy zamiast kąpieli cieplejszych codziennie natryski zaraz po wstaniu z łóżka i tylko co 2—3 tygodnie kąpiel parową; osobom otyłym najlepiej służą co tydzień kąpiele parowe w skrzyni *(Kastendampfbad)* z następowym chłodnym natryskiem. Najlepsza pozycya w kąpieli jest siedząca z oparciem grzbietu i spokojne głębokie oddechanie. Gdy chory odczuwa nawał krwi do głowy, stosujemy zimne okłady i polewania, podobnie w razie nudności i uczucia osłabienia.

Przed wejściem do kąpieli polecamy napój ciepły. Osobom osłabionym należy podać przed kąpielą napój podniecający (wino, herbatę, kawę), nigdy jednakże po kąpieli. W czasie pocenia się należy wprowadzać do ustroju obfitą ilość wody.

Dalszy wzgląd należy mieć, ażeby skóra szybko i należycie spełniała swe zadanie fizyologiczne, szczególnie przy zatłuszczeniu serca, gdzie zmniejszone napięcie naczyń właśnie wstrzymuje pocenie się. Dlatego kabiny muszą być dobrze opalone, a powrót do domu musi być szybki i w ciepłej odzieży. Osobom, skłonnym do zaziębienia, należy po następczem poceniu się nacierać górną połowę ciała wódką francuską. W czasie leżenia w domu wykonuje się mięsienie; — spać w dzień nie wolno. Mięsienie stosuje się tylko 20 minut i wykonuje się ruchy czynne, bierne i oporne *(Wiederstandsbewegungen)*.

To byłby zwyczajny sposób naszego postępowania w leczeniu dny.

Podczas gdy leczeniem skombinowanem zarówno w ostrych jak i podostrych przypadkach dalcko prędzej aniżeli inną metodą wyleczenie osiągamy, to przy dnie przewlekłej wyjątkowo tylko udaje się nam otrzymać ten idealny wynik i ograniczyć się musimy na łagodzeniu dolegliwości chorego, co znowu przy pomocy leczenia skombinowanego udaje się jeszcze i u takich chorych, u których wszelkie inne metody zawiodły.

Piśmiennictwo. Garrod: A treatise on gout and rheumatic gout. London, 1876. III. Ed Medico-chirurgical Transactions 1898. Epstein: 1) Das Regimen bei Gicht. Wiesbaden, 1885. 2) Die Natur und Behandlung der Gicht. Verhandlungen des 8 Congresses für innere Medicin. Wiesbaden, 1889 3) Beiträge zur Lehre von der harnsauren Diathese. Wiesbaden, 1894. Roose Robson: Die Gicht und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Leber u. der Nieren, 1887. Todd: Praktische Bemerkungen über Gicht und Rheumatismus. Neusser: Wiener Klin. Wochenschrift. Nr. 39. 1894. Klemperer: 1) Zur Pathologie und Therapie der Gicht. Deut. Med. Wochenschrift. Nr. 40. 1895. 2) Therapie der Gegenwart, 1900. v. Noorden: Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Berlin. 1893. Kolisch: Über Wesen und Behandlung der uratischen Diathese. Stuttgart. 1895. Futscher: Centralblatt für Klin. Med. Nr. 39. 1896. F. Müller: Allg. Pathologie der Ernährung Leyden's Handbuch. 1897. Sternberg: Altes und Neues über die Behandlung der Gicht. Centralblatt für ges. Therapie. 1897. II. 5. Pfeiffer: 1) Behandlung der Gicht in Penzoldt's und Stintzing's Handbuch der spec. Therapie der inneren Krankheiten. Bd. 9. 1895. 2) Die Natur und Behandlung der Gicht. Verhandlungen des 8 Congresses für innere Medicin 1889. 3) Die Gicht und ihre erfolgreiche Behandlung 2 Auflage. Wiesbaden, 1891. 4) Über Harnsäureverbindungen beim Menschen. Berl. Klin. Wochenschrift. 1894, Nr. 40. 5) Harnsäureausscheidung und Harnsäurelösung. Verhandlungendes 7 Congresses für innere Medicin, 1888. 6) Zur Aetiologie und Therapie der harnsauren Stenie. Verhandlungen des 5 Congresses für innere Medicin, 1886. 7) Berl. klin. Wochenschrift 15, 1895. Die Gichtfinger. Mendelsohn: 1) Berl klin. Wochenschrift. 1897. Ueber Harnsäurelösung. 2) Deut. med. Wochenschrift, 1895. Die Verschiedenheit des Problems der Harnsäureauflösungen bei Gicht. 3) Verhandlungen des Congresses in Wiesbaden, 1899. Zur Therapie der harns. Diathese 4) Heissluftbehandlungen. Zeitschrift für diät und physik Therapie. B 5, 1 Heft. Penzoldt und Stintzing: Handbuch der Therapie. B II. 1898. Doc. Alois Strasser: Wiener Klinik, 1895, Nr. 4 Das Verhalten des Stoffwechsels bei hydriatischer Therapie. 1) Wiener Klinik, 1895, Nr. 4. Arbeit in der Festschrift. Fortschritte der Therapie, 1897. p 242. Reitler: Die Trocken-Heissluftbehandlung Baden, 1900. Freudberg: Ueber den Einfluss von Säuren und Alkalien auf die Alkalessenz des menschlichen Blutes und auf die Reacktion des Harnes, Virchow's Archiv B. CXXV,

[10]) Dr Garrod poleca gorąco ciągłe stosowanie węglanu litowego. Dr. Mortimer Granville w pracy »Die Gicht in ihren klinischen Erscheinungen« przemawia za podawaniem jodu. Stwierdził on, że wszystkie objawy przy tem leczeniu łagodnieją, ilość moczu wybitnie się zwiększa, a sole moczanowe wolno zostają wydzielone, podczas gdy ilość proporcyonalna mocznika zwyczajnie postępowo się zwiększa.

1891. Beissel: 1) bei G. Mayer »Die Gicht« Aachen und Ausort, 1899. Allg. Brunnendiätetik. Berlin, 1897. 2) Balneologische Studien mit Bezug auf Aachen 1888. Stifft: Die physiologische und therapeutische Wirkung des H_2 S. Berlin, 1886 Dronke: Berlin. klin. Wochenschrift. 1887, Nr. 49. Marchisio: Bulletin de Therap. 15. VI. 1891. Des etuves sulfureuses naturelles. Mordhorst: 1) Beitrag zur Chemie der Harnsäure ausserhalb und innerhalb des Körpers. Verhandlungen des 13 Congresses für innere Medicin, 1855. 2) Zur Pathogenese der Gicht. Verhandlungen des 14 Congresses für innere Medicin, 1896. 3 Die Entstehung und Auflösung der Harnsäureverbindungen ausserhalb und innerhalb des menschliches Körpers. Zeitschrift für klin. Medicin, B 32. 1897. Horbaczewski: Beiträge zur Kenntniss der Bildung der Harnsäure und der Xanthinbasen Sitzungzberichte der Kais Akademie der Wissenschaften 100 B. III Abth 1891. April. Cantani: »Die Gicht«. Spec. Patholog und Therap. der Stoffwechsel-Krankheiten. Deutsch von Wahn, 2 B. Berlin, 1880. Landois: Physiologie, 1891. Strümpel: Pathologie und Therapie, B II, 275. Jacksch: Klin Diagnostik. 1896. Teissier: Du rheumatisme gouteux. Lyon medical. 1897. Ritter: Münchener med. Wochenschrift. 1895. Pohl: Ueber die Wirkungsweise des Schwefelwasserstoffes und der Schwefelalkalien. Archiv für exper. Pathologie und Pharm. 22 B 1887. Astrié: De la médication thermale sulfureuse Paris 1852. Reumont: Die Schwefelquellen in: Valentiner's Handbuch der Balneotherapie. 1876. Schulz: Studien über die Pharmacodynamik des Schwefels. Greifswald 1895 Leichtenstern: Allg. Balneotherapie, 1880. Fromm: System. Lehrbuch der Balneotherapie, 1887. Flechsig. Handbuch der Balneotherapie. 1892. Kisch: Balneotherap. Lexikon, 1897. Stekel: Die moderne Pathologie und Therapie der Migräne. Migräne und Wärmebildung. Poehl: Die Einwirkung des Spermins, auf den Stoffumsatz bei harnsäuer Diathese. Zeitschrift für kl. Medicin B 26, 1894. Pauli: Ueber Nebenwirkungen des Pyramidons. Centrbl. für ges Therapie, 1900, 3 Heft. Jacksch: Centralblatt für innere Medicin, 1894. Scheuer: Therapeut. Monatshefte. 1900, IX, Bennesio: Münch med. Wochenschrift. 1896, H. 16. Tittel: Citrophen bei Keuchhusten. Pinggere: Inaugural Dissertation. Frieser: W. med. Presse, 1899, Nr. 45. Boehm: Deut. med. Zeitschrift. Rost: Archiv für exp. Path., B. 36, 1895. Hatschek-Strauss: Ther. Monatsh, 1895. Prof. W. Winternitz und Strasser: Die Hydrotherapie, 1890, 1898. Buxbaum: Lehrbuch der Hydrotherapie, 1900. Hildebrandt: Ueber Apolysin und Citrophen Centralblatt für innere Medicin, 1895, November.

V. Wyciągi.

Fuchs. **Wrzód miażdżycowy rogówki.** (*Ulcus atheromatosum corneae*). (*Graefes Archiv f. Opht.* 1901, T. 53). W starych i zbitych bliznach rogówkowych, tak z wrośnięciem, jak i bez wrośnięcia tęczówki, powstają nieraz wrzody — po poprzedniej przemianie tkanki w istotę szklistą, lub wskutek obecności złogów soli wapiennych, które drążąc w głąb, prowadzą do przebicia i wywołują zapalenie całego oka (*panophthalmitis*). Arlt pierwszy nazwał je „ulcera atheromatosa“. Pierwotną sprawą jest tutaj obumarcie tkanki, a zakażenie zarazkami ropnymi jest następowe. F. badał drobnowidowo te wrzody i podniósł bardzo wiadomości ze względu na powstawanie i przebieg anatomo-patologiczny tego tak częstego cierpienia. Nie ulega wątpliwości, że w bliznach zbitych odżywianie jest ogromnie upośledzone i to tem bardziej, im blizna jest grubszą i starszą, już przez to samo, że zwykle jest nader skąpo unaczynioną, wskutek tego powstają w bliźnie złogi mas szklistych, oraz wapna, a oba te składniki pojawiają się w powierzchownych warstwach blizny. To nie jest obojętnem dla przybłonka, którego odżywianie zależy wyłącznie od tkanki pod nim będącej; łatwo zrozumieć, że na tych bliznach przybłonek jest źle odżywiony, ulega zanikowi i odpada, dając otwartą bramę wejścia dla drobnoustrojów. Często przybłonek ulega zrogowaceniu — i łatwiej jeszcze odpada bądź to wprost, bądź też tworzą się pęcherzyki, jak w zapaleniu rogówki pęcherzykowatem (*keratitis vesiculosa*), które pękają, i w ten sposób tkanka podstawowa zostaje z przybłonka ogołoconą. Nieraz jednakże przybłonek obrasta ze wszystkich stron, jak to skrawki drobnowidowe przytoczone przez autora wykazują, takie złogi wapniowe, tak i płytkę tę można uważać za odsłoinę (*sequester*), która bądź sama odpada, bądź też łatwo operacyjnie może być wydaloną. Ponieważ jednakże przybłonek ten niezbyt silnie jest z podstawą złączony, przeto i drobnoustroje wraz z nim wciskać się mogą do głębi blizny i wywołać ropne zapalenie około wspomnianej odsłoiny, i to też się dzieje. Odsłoina odpada, ale zapalenie ropne brnie w głąb, a że tęczówka często jest w bliźnie, przeto i ona oraz ciałko rzęskowe ulegają zapaleniu ropnemu, które udziela się i ciału szklistemu i ogólne zapalenie całego oka jest gotowe. Zatem cała sprawa zapalna przebiega w ten sposób, że w przypadkach wrzodów tych blizna ulega z powodu złego odżywienia obumarciu, czy to powierzchownemu, czy też głębokiemu, czasem w całej swej grubości — do obumarcia dają pochop drobnoustroje, których wtargnięcie ułatwionem jest luźnem utkaniem zwyrodniałego przybłonka, tkanki obumarłe odpadają, przyczem ropienie nader często idzie w głąb i sięga głębokich błon oka.

Różnica między wrzodem miażdżycowym a wrzodem pełzającym jest ta, że w tym drugim przypadku pierwszą zmianą jest naciek, który ulega rozpadowi, a w pierwszym przypadku rzeczą główną jest obumarcie pierwotne, a ropienie jest następowem.

Dr. Brudzewski.

Schieck. **O tworzeniu się torbieli na powierzchni rogówki.** (*Graef. Arch. f. Opht.* T. 52, 1901). Przypadek opisany jest unikatem w piśmiennictwie, tem ciekawszym, że autor mógł go zbadać drobnowidowo. Po przebytem zapaleniu rzeżączkowem oka z wrzodem rogówki i wypadnięciem tęczówki, które się jednak zupełnie płasko zagoiło, powstały u chorego na rogówce guzy. Jak badanie anatomiczne wykazało, guzy te nie miały żadnego połączenia z przednią komórką, nie zależały zatem wcale od wypadnięcia tęczówki. Torbiele te wypełnione płynem, którego jednak schwycić i zbadać nie udało się, wysłane były nabłonkiem płaskim i pokryte nabłonkiem spojówkowym: nie komunikowały jednak ani z komórką przednią, ani z workiem spojówkowym. Autor tłómaczy ich powstanie podobnie, jak wrzekome skrzydełko (pseudopterygium), a że podczas rzeżączki oka robiono nacięcia (skaryfikacyę) spojówki obrzmiałej (chemotycznej), zatem bardzo łatwo przyjść mogło do zlepów między zranioną spojówką a rogówką, tu i owdzie pozbawioną nabłonka — wzrost ich zaś powodowała wydzielina spojówki.

Dr. Brudzewski.

G. Richmond. **Przypadek ostrego obustronnego zapalenia płuc. Leczenie tlenem, wyzdrowienie.** (*The Lancet*, 28-go września, 1901 r.). Przypadek, spostrzegany przez autora w szpitalu w Pretoryi, był niezmiernie ciężki: 23-letni żołnierz, średniej budowy, zapadł na dwa dni przed wstąpieniem do szpitala; podczas badania ciepłota wynosiła 38,3° C., tętno 120, oddechów 60 na minutę; w dolnych płatach obu płuc zupełne przytępienie odgłosu wypukowego, oddech oskrzelowy, bronchofonia; podano wewnątrz prócz mięszanki z makowca, strychniny i kwasu solnego, 60 gramów wyskoku na dobę; na piersi „pneumonia jacket“.

Stan chorego stale pogarszał się, ciepłota wzmagała się, naciek równomiernie z obu stron postępował ku górze, i na 5-ty dzień choroby stan był następujący: 40,3° C., tętno 120, oddechów 80 na minutę; nieprzytomność, przy najmniejszym ruchu znaczny kaszel z plwociną krwawą, tętno przyspieszone, mniejwięcej 136 uderzeń na minutę, oddechów 100—120; naciek dolnych płatów obu płuc i średniego prawego płuca był bardzo zbity. Wobec bardzo poważnego stanu zastosowano do wdychiwań tlen, co cztery godziny po dziesięć minut. Samopoczucie poprawiło się od pierwszego dnia; ciepłota zaczęła się obniżać, sprawa w płucach zatrzymała się. Tosamo leczenie stosowano dalej; tylko zamiast mięszanki wewnątrz — zaczęto wstrzykiwać pod skórę strychninę z atropiną; dawkę dzienną wódki podniesiono do 120 gramów; wewnątrz podano naparstnicę. Po dwóch dniach nastąpił przełom (na 7-my dzień choroby) i chory zupełnie wyzdrowiał.

Autor skłania się do zdania, iż w przypadku opisanym chory zawdzięcza swe wyleczenie zastosowaniu tlenu, który zgubnym swym wpływem na diplokoki Fränkla wstrzymał sprawę w płucach i przyspieszył zakończenie choroby.

St. Rudzki (Ptbg.).

Axel Blad i Paul Videbeck. **O próbie diazowej, szczególnie u gruźliczych.** (*Zeitschrift f. Tuberculose u. Heilstättenwesen* 1901, zeszyt 6). Poszukiwania prowadzono w „Frederiks Hospital“ i w domu zdrowia zakładu św. Jana w Kopenhadze. Na podstawie kilkuset prób u 50 chorych, dokładnie przez dłuższy czas spostrzeganych, autorowie wnioskują, że w lżejszych przypadkach z dobrem rokowaniem próba diazowa zazwyczaj nie występuje wcale, lub tylko słabo i niestale; natomiast w cięższych przypadkach z rokowaniem wątpliwem lub złem i w przypadkach zakończonych śmiercią próba ta występuje dość silnie lub bardzo silnie z uderzającą regularnością; wielokrotnie stwierdzono, że w ostatnich dniach przed śmiercią próba nie występuje. Ponieważ nawet w ciężkich przypadkach, gdzie próba diazowa stale jest dodatnią, może czasem dać wynik ujemny, sądzą autorowie, że jedno jedyne badanie i to z wynikiem ujemnym nie może być sprawdzianem rokowania w danym przypadku i że propozycya Michelisa, by do sanatoryów przyjmowano suchotników na podstawie próby diazowej ujemnej, powinna być o tyle rozszerzoną, aby prób tych dokonać cały szereg przed wykonaniem orzeczenia. Związku między próbą diazową i ciepłotą autorowie nie stwierdzili. W sekcyjnych przypadkach (14 na 50) nie znaleziono stale występujących zmian w nerkach, wątrobie i śledzionie. Powikłania ze strony jelit i gruczołów chłonnych zdaje się nie mają wpływu na wyniki próby diazowej.

Z. Czaplicki.

Schmerl. **Przyczynek do nauki o drgawkach (eklampsyi).** (*Archiv für Gynäkologie* T. 65, 1902, Z. II) Schmorl przytacza protokoły sekcyi zwłok trzech kobiet, znajdujących się w drugiej połowie ciąży, które w przeciągu 2—3 dni pomarły wśród ciężkich objawów ogólnych (bóle głowy, wymioty, niepokój, białkomocz, żółtaczka, śpiączka, wreszcie utrata przytomności). We wszystkich tych przypadkach znalazł on ten sam obraz anatomo-patologiczny i dochodzi po wykluczeniu zatrucia fosforem, posocznicy, ostrego zaniku wątroby i choroby Weila do przekonania, że się tu ma do czynienia z drgawkami (*eclampsia*), w przebiegu których nie przyszło jeszcze do skurczów. Zdaniem tego autora charakterystycznym dla tej choroby jest tylko obraz anatomo-patologiczny, a nie skurcze, które stanowią tylko objaw chorobowy. Sch. opiera zdanie swoje na doświadczeniu, nabytem przy sekcyach 73 kobiet, które uległy drgawkom i utrzymuje, że prawie stale stwierdzano zmiany w nerkach i to głównie niezapalne, lecz sprawę zwyrodnienia, obumarcia i zakrzepów w wątrobie, dalej zmiany zwyrodnienia w sercu i nierzadko ogniska rozmiękczynowe w mózgu. Trzeba jednak badać nietylko makroskopowo, ale i mikroskopowo. To też w powyższych przypadkach, mimo że klinicznie drgawek nie rozpoznano, można je rozpoznać na podstawie obrazu anatomo-patologicznego. Brak skurczów w tych przypadkach należy może odnieść do zbyt gwałtownego zatrucia ustroju, które wywołało porażenie ośrodkowego układu nerwowego. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Józef Skłodowski. **Dwa przypadki ciężkiej niestrawności nerwowej.** (*Księga jubileuszowa Dunina*). W dwu przypadkach, opisanych przez autora, wystąpiły ciężkie zaburzenia żołądkowe, polegające głównie na uporczywych wymiotach i bólach w okolicy żołądka, trwających przez dłuższy czas i znacznie podkopujących stan ogólny chorych. W wywiadach była wzmianka o wymiotach krwawych. Badanie chorych zdawało się dostarczać poważnych wskazówek, świadczących o ciężkiej organicznej chorobie żołądka. Tymczasem podczas operacyi w obu przypadkach okazało się, że przyczyn choroby należało szukać w układzie nerwowym, gdyż zmian organicznych nie było. Dalszy przebieg choroby potwierdził rozpoznanie nerwicy żołądka. W pierwszym przypadku powodem operacyi było przypuszczenie przeszkody mechanicznej, zdaniem autora zbyt pochopnie postawione, gdyż stwierdzono tylko umiarkowane rozszerzenie żołądka i nieznaczne zaleganie treści, w drugim zaś przypadku podejrzywano istnienie raka na zasadzie badania treści żołądkowej (brak kwasu solnego wolnego, obecność kwasu mlekowego, obfitość drożdży) i szybko postępującej utraty wagi; operacya więc była zupełnie usprawiedliwioną. *Dr. Czaplicki.*

Dr. Gryglewicz. **Przypadek żółtaczki zakaźnej (choroby Weila)** (*Gazeta lekarska* 1902, Nr. 6). Obraz choroby w opisywanym przypadku charakterystyczny: gwałtowny początek (dreszcz, ból głowy, wymioty, wysoka ciepłota 41° C.) wysoka, tydzień trwająca gorączka z bredzeniem, żółtaczka bez zatkania dróg żółciowych, obrzęk wątroby i śledziony, wreszcie zajęcie nerek. Bolesność mięśni kończyn, zwykle bardzo znaczna, w tym przypadku nie była wybitną, natomiast nastąpiło zajęcie mięśnia kapturowego i nerwów: międzyżebrowego lewego I-go i pośrodkowego prawego. Wybitnych zmian w ilości wydzielanego moczu ani mocznika nie stwierdzono; natomiast badanie krwi wykazało leukocytozę neutrofilową ze zmniejszeniem liczby ciałek eozynochłonnych. Po 23 dniach chory opuścił szpital zdrowy, mając jedynie dość znacznie powiększoną śledzionę. *Dr. Czaplicki.*

Dr. F. de Quervain. **O prawostronnem położeniu całego jelita grubego i o częściowym „situs inversus.“** (*Archiv Langenbecka* 65/2). Zarodkowa pętla pępkowa, z której dolnego ramienia rozwija się cała kiszka (gruba), a z górnego całe jelito (cienkie), w miarę rozwoju płodu wykonuje w warunkach fizyologicznych ruch obrotowy, przeciwny posuwaniu się wskazówki na zegarze. Ztąd wynika znane ułożenie i stosunek kiszek grubych do reszty jelit. W patologicznych, nieznanych nam warunkach pętla pępkowa, 1) ruchu tego wcale nie wykonuje, lub też 2) niezupełnie go wykonuje, albo też 3) w kierunku przeciwnym i znowuż *a*) wykonuje niezupełnie, lub *b*) zupełnie. Następstwem tego jest cały szereg patologicznych ułożeń jelit. Zatem w 1-szym przypadku kiszka gruba leży w tyle, przykryta przez pętle jelit cienkich; w 2-gim cała kiszka zajmuje przeważnie lewą i górną część jamy brzusznej; w 3-cim przypadku znajdziemy albo *a*) kiszkę całą po prawej stronie jamy brzusznej, lub *b*) jeszcze wyższy stopień tamtej wady: czyli „situs inversus partialis inferior“. Autor przytacza kilka własnych i cudzych przykładów, ilustrujących to ostatnie ułożenie. *Herman.*

Dr. L. J. Janowsky. **W sprawie raka warg.** (*Archiv Langenbecka* 65/2). Na podstawie własnego materyału, złożonego ze 178 spostrzeżeń, zebranych w Kijowie, wysnuwa autor wnioski przeważnie znane. A więc stwierdza, że operacya tego nowotworu z bardzo małemi niebezpieczeństwami jest połączona, nawet wówczas kiedy obok gruczołów wypiłować się musi częściowo szczękę, co się w każdym przypadku czynić powinno, skoro się tego okaże potrzeba. Gruczołów szukać się winno w każdym przypadku, gdyż przerzuty w nich zjawiają się już w drugim miesiącu cierpienia. Przy takiem doszczętnem postępowaniu osiągnąć można 49% trwałych wyleczeń, uwzględniając fakt, że o ile nawroty częste są w pierwszem półroczu po operacyi, o tyle wyjątkowo się zdarzają po dwóch latach. W rokowaniu liczyć się trzeba ze zjawiskiem, że w przebiegu tych nowotworów wyróżniają się wyraźnie przypadki o łagodnym przebiegu od przypadków nader złośliwych. W ogólności rak wargi górnej pojawia się 19 razy rzadziej, niż dolnej. U kobiet rak wargi jest 10 razy rzadszy, niż u mężczyzn, lecz u nich za to 5 razy częściej obserwuje się raka wargi górnej. *Herman.*

Prof. Dr. W. Śniegirew. **Przypadek częściowego wycięcia śledziony przy użyciu pary wodnej, jako środka tamującego krew.** (*Archiv Langenbecka* 65/2). Młoda kobieta uskarżała się na znaczne dolegliwości w jamie brzusznej. Dolegliwości tych nie tłómaczyła puchlina trąbki, istniejąca po lewej stronie. Trzeba je było odnieść do znacznie powiększonej śledziony. Postanowiono tedy zmniejszyć guz śledzionowy przez częściowe jego wycięcie. Otworzono jamę brzuszną, wytoczono śledzionę na zewnątrz i wycięto $1/3$ część całego guza. Krwawienie tamowano parą wodną, którą musiano przepuszczać przez 12 minut. Przestały jednak broczyć nawet tętnice o średnicy tętnicy promieniowej. Kikut wszyto w ranę powłok. Chora wyzdrowiała i uwolnioną została od dawniejszych przypadłości. Badanie mikroskopowe tkanki wyciętej wykazało naczyniaka jamistego. *Herman.*

Dr. M. Rheinwald. **Przypadek symetrycznego mięsaka obu kości ramienia.** (*Brunsa Beitr. zur klin. Chirurgie* T. XXXII, 1902, Nr. 1). U tego samego chorego musiano wypiłować górną część kości ramieniowej najpierw jednej, a po $1^1/_4$ roku drugiej, gdyż z okolicy chrząstek nasadowych wyrastały mięsaki. W 8-mym miesiącu po drugiej operacyi chory umarł z powodu przerzutów w wątrobie. Z całego dalszego wywodu widać, że zdaniem R., oba mięsaki uważaćby należało za sprawę pierwotną, a nie przerzutową, dokładnie jednak w tej materyi się nie oświadcza. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mandelberg. **Leczenie ostrej niedrożności jelit podskórnemi zastrzykiwaniami atropiny. Wyleczenie.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 1, 21-go października 1901 r.). M. został zawezwany do chorej, która w ciągu pięciu dób nie miała stolca pomimo zastosowania oleju rącznikowego, trunku wiedeńskiego i t. d. Skarżyła się przytem na silne bóle pod łyżeczką i uporczywą czkawkę; brzuch był nieco wzdęty, tętno 80. M. zalecił siarkan atropiny 0,02 w zawiesinie oleju rącznikowego 180,0 co dwie godziny po łyżce stołowej; stolca jednak nie było. Dla odmiany zalecono sól karlsbadzką co sześć godzin po dwie łyżeczki od kawy; lecz także bez skutku. Wreszcie zastrzyknięto pod skórę 0,001 siarkanu atropiny. Następnego dnia chora czuła się w ciągu trzech godzin, jakby ogłuszona, i wkrótce usnęła po raz pierwszy od sześciu dni; bóle pod łyżeczką znacznie złagodniały, lecz stolca ciągle niema. Pomimo, że źrenice były silnie rozszerzone, i chora skarżyła się na suchość w jamie ustnej wstrzyknięto znów 0,001 siarkanu atropiny, a wieczorem podano 15,0 oleju rącznikowego. Wystąpiły objawy ogłuszenia, jak poprzednio. Po trzech godzinach nastąpił stolec papkowaty, poczem chora szybko wróciła do zdrowia. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Sokalski. **W sprawie leczenia ostrej niedrożności jelit sposobem Batscha — zastrzykiwaniem atropiny.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 1). Autor został zawezwany do chorego, z zawodu rolnika, liczącego 21 lat, który nie miał od dwóch dni stolca i użalał się na silne bóle w brzuchu i wymioty; ciepłota prawidłowa, tętno nieco przyspieszone; rysy oblicza zaostrzone; część górna brzucha znacznie wzdęta; ruchy robaczkowe oddzielnych pętli jelitowych rysują się wyraźnie; część dolna brzucha mało wzdęta, miękka; objawy te wystąpiły nagle. Cały ten czas chory nie oddawał stolca, ani gazów. Wysokie lewatywy nie dały dodatniego skutku: w dniu następnym stan chorego bardzo się pogorszył, wystąpiły wymioty kałowe, w których znaleziono glistę ludzką (*ascaris lumbricoides*); brzuch więcej wzdęty, ciepłota prawidłowa, tętno przyspieszone. Zastosowano lewatywy wysokie rano i wieczorem, lecz bez skutku. Podawano makowiec, lecz stan chorego jeszcze pogorszył się, a wszystkie objawy wzmogły. Płókanie żołądka i lawa-

tywy wysokie, jak przedtem pozostały bez skutku. O godzinie drugiej popołudniu zastrzyknięto pod skórę 0,0025 siarkanu atropiny; wieczorem wymioty były mniej częste; w nocy chory miał sześć stolców nader obfitych, zawierających płynny kał. Od tej chwili stan chorego szybko się poprawiał, oblicze Hippokratesa znikło, brzuch opadł, czkawka i wymioty ustały, a chory zażądał posiłku. Po paru dniach nastąpiło zupełne wyzdrowienie. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 7 marca 1902 r.

Przewodniczący: kol. Sołowij. Obecnych członków 43.

I. Kol. Świątkiewicz Józef przedstawia chorą z kliniki dermatologicznej z owrzodzeniami gruźliczemi na błonie śluzowej wargi górnej i podniebieniu twardem. Chora zeszłego roku zgłosiła się do kliniki ze zmianami toczniowemi na podniebieniu miękkiem, twardem i strunach głosowych. Obecnie u chorej, u której już wtedy było wybitne stłumienie w obu szczytach, stłumienie jest większe. W miejscu dawnych zmian, usuniętych częściowo za pomocą żegadła Paquelina, częściowo pędzlowaniem kwasem mlekowym, pozostała blizna bez śladu nawrotu; natomiast na podniebieniu twardem i na wardze górnej powstały typowe podostre wrzody gruźlicze.

II. Kol. Feuerstein omawia przypadek ropnia mózgu. Dziewczyna 24-letnia. Pod koniec 4 tygodnia typowego duru brzusznego powstaje udarowo porażenie połowicze lewostronne. W ciągu następnych 2 tygodni stromo krzywe ciepłoty; w ciągu 2 dalszych ciepłoty wieczorne poniżej 37°; stałe apatya i senność. Po kilkodniowym stanie podgorączkowym (C. 38.8°) cięższe objawy mózgowe: silne bóle głowy, duża senność, apatya, bezustanne wymioty, zwolnienie tętna, w końcu ciężki zapad; nazajutrz ciepłota podgorączkowa, znaczna poprawa. *Neuritis optica incipiens.* Po 3 dniach ponownie groźne objawy mózgowe. Rozpoznanie ropnia w pobliżu prawej torebki wewn. Po naradzie z kol. Arnoldem i kol. Ziembickim postanowiono przystąpić do zabiegu operacyjnego, z zamiarem odsłonięcia okolicy ruchowej i wykonania nakłuć próbnych w rozmaitych kierunkach. (Operacyę wykonał kol. Ziembicki). Po skierowaniu igły ku płatowi czołowemu wyciągnięto kilka ctm. bezbarwnego, gęstawego, mętnego płynu. Cięcie, poprowadzone w tym samym kierunku, nie wykazało ropy, ani też większej ilości wspomnianego płynu. Operacyę zakończono wprowadzeniem cienkiego sączka do rany mózgu. Badanie bakteryologiczne otrzymanego przez nakłucie płynu (kol. Kuczera) wykazało nadzwyczaj bujne hodowle prątka durowego, podczas gdy wyciągnięty w kilkanaście godzin po operacyi przez punkcyę lędźwiową płyn okazał się zupełnie jałowym.

Po operacyi wybitne polepszenie. Stan bezgorączkowy w ciągu 2 tygodni. Ustępienie objawów wzmożonego ucisku mózgowego. Chora zachowywała się niesfornie i zdzierała opatrunki, zanieczyszczając ranę, w której wytworzyło się niewielkie wypadnięcie mózgu. W 3 tygodniu gorączka, objawy oponowe, wśród których nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcya (kol. Kuczera) wykazała: białe rozmiękczenie, zajmujące teren operacyjny, jądro soczewicowate, torebkę wewnętrzną i j. ogoniaste; tuż przed przednim rogiem i tuż pod głową j. ogoniastego — ropień wielkości orzecha włoskiego o ścianach dosyć zbitych, wypełniony gęstą, zielonkowatą treścią; kanał, w którym spoczywał sączek, kończy się ślepo tuż pod głową j. ogon., przylegając niemal do ściany ropnia. Zapalenie ropne opon *Pyocephalus.* W ropie z opon i komór prątki durowe i Friedlaendera (hodowle); w ropniu te same drobnoustroje (na prepar. barwionych).

Przypadek pod wielu względami niejasny. Ropienie wywołane zostało najprawdopodobniej przez prątki durowe; użyta do nakłucia igła dotarła do ściany ropnia, rozmiękłej i przepojonej wysiękiem, zawierającym prątki durowe; wskutek urazu operacyjnego zajęło rozmiękczenie większy obszar, zaś zapalenie opon spowodowane zostało następowem zakażeniem (prątek Friedländera) z zanieczyszczonej rany, a po części także dalszem bujaniem prątka durowego. Następowe zakażenie tłómaczyłoby również najlepiej obecność prątków Friedländera w treści ropnia.

Możnaby również przypuszczać, że płyn, wyciągnięty podczas operacyi, pochodził z przedniego rogu bocznej komory, atoli jałowość cieczy mózgowo-rdzeniowej, wydobytej przez nakłócie lędźwiowe, przemawia przeciwko podobnemu pojmowaniu rzeczy. Z drugiej jednak strony należy tu zachować jak największą ostrożność we wnioskowaniu, ponieważ nie posiadamy dotąd dokładnych porównawczych badań nad rozmieszczeniem prątków durowych w rozmaitych tkankach i cieczach ustroju.

Dyskusya. Kol. Kuczera sądzi, że płyn wydobyty podczas operacyi ze względu na ogromną ilość zawartych w nim prątków durowych pochodzić musiał z ogniska chorobowego. Kol. Świtalski wyraża zdanie, że sprawy mózgowej nie można było dosyć dokładnie zlokalizować, wobec czego nie było należytych wskazań do operacyi; gdyby zamiast porażenia połowiczego było porażenie ograniczone (*monoplegia*), albo gdyby do obrazu choroby przyłączyły się drgawki Jacksonowskie, umiejscowienie byłoby pewniejsze i zabieg wskazany. Należało było poprzestać na nakłuciu lędźwiowem. Poprawę po operacyi przypisać należy trepanacyi; przypadek z praktyki Babińskiego popiera to twierdzenie. Kol. Wehr sądzi, że nie było dostatecznych wskazań do operacyi ze względu na nieścisłe umiejscowienie. Kol. Feuerstein podnosi, że jest to dotychczas jeszcze rzeczą osobistego zapatrywania, czy operacye, polegające tak jak w danym przypadku na próbnych nakłuciach, mają racyę bytu w razie dostatecznie uzasadnionego rozpoznania ropnia, a niezupełnie ścisłej lokalizacyi. Zdaniem kol. F. należałoby nawet w takich warunkach przystępować zawsze do próbnej trepanacyi. Ze względu na złe rokowanie w przypadkach ropni mózgowych, pozostawionych własnemu losowi, szybka i śmiała decyzya lekarza może wyjść chorym na pożytek, podczas gdy chwiejność i zwlekanie wytrącają mu najczęściej z rąk jedyną broń, jaką posiada. (Na poparcie przytacza F. kilka przykładów, spostrzeganych wspólnie z kol. Ziembickim, Trzcinieckim i Spalkem). Mówca zgadza się z poglądem kol. Świtalskiego, zresztą ogólnie znanym i rozpowszechnionym, na pożyteczność, najczęściej paliatywną, trepanacyi w sprawach mózgowych, połączonych ze wzmożeniem ucisku śródczaszkowego. Kol. Ziembicki niechętnie przystępował do operacyi ze względu na niemożność ściślejszego umiejscowienia ogniska i niejasną etyologię; zdecydował się jednak, nabrawszy z całego przebiegu choroby przekonania, że w przypadku tym, jak w wielu podobnych, niema nic do stracenia: Chora żyła po operacyi przeszło 3 tygodnie; gdyby się nie było wykonało zabiegu, zejście śmiertelne byłoby nastąpiło prawdopodobnie o wiele prędzej.

III. Kol. Marischler przedstawia chorego z kliniki lekarskiej.

IV. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że za tydzień odbędzie się posiedzenie wspólnie z Tow. nauczycieli szkół wyższych, higienicznem, pedagogicznem i »Sokoła«, w sprawie reformy wychowania fizycznego.

V. Kol. Moraczewski: »O spalaniu w organizmie«. Prelegent zdaje sprawę ze swych badań nad wydzielaniem kwasu szczawiowego, acetonu i indykanu w cukrzycy. Omówiwszy metody i przypuszczalny stosunek wzajemny tych ciał, podaje wyniki, z których wypada, że w ogóle zarówno indykan, jak kwas szczawiowy i aceton wydzielają się w znacznej ilości w cukrzycy, że dyeta, w której przeważają tłuszcze, szczególniej wpływa na wzmożenie ilości tych ciał. Co się tyczy acetonu, to jest to rzeczą powszechnie znaną; natomiast kwas szczawiowy i indykan nie były dotąd badane w tym względzie. Obok tych ciał M. oznaczał siarkę związaną i przekonał się, że siarka szczególniej obficie się wydziela przy tłuszczowej dyecie, świadcząc o tem, że obok ciał zbadanych (indykanu) istnieją może inne, wiążące się z siarką, które wraz z acetonem i kwasem szczawiowym wzrastają. Wreszcie zastrzega się M. przeciwko tłómaczeniu tych zjawisk, jako wyników niezupełnego spalania cukru lub tłuszczu.

VI. Kol. Wernicki Kaz. (jako gość) wygłosił odczyt: »O leczeniu gorączki połogowej i stanów pokrewnych«. Prelegent zdaje sprawę ze swych doświadczeń nad działaniem *collargolum* na gorączkę połogową i zapalenie płuc i poleca stosowanie tego środka na szeroką skalę.

Dyskusya. Kol. Mars sądzi, że prelegent zbyt różowo się zapatruje na swoje wyniki. Kol. Wernicki odpowiada, że jego spostrzeżenia w każdym razie zachęcają do dalszych badań.

Dr. Ruff, sekretarz.

Posiedzenie nadzwyczajne, wspólnie z Tow. pedagogicznem, higienicznem, nauczycieli szkół wyższych, »Sokoła«, dnia 14. marca 1902 r.

Przedmiot obrad: »Reforma wychowania fizycznego«.

Przewodniczący: kol. Sołowij. Obecnych 58.

I. Kol. Przewodniczący wita zebranych i dziękuje za tak żywe zainteresowanie się sprawą wychowania fizycznego.

II Kol Piasecki wygłosił referat, streszczający się w potępieniu ćwiczeń gimnastycznych według systemu niemieckiego, a zalecaniu ćwiczeń wolnych i gimnastyki szwedzkiej.

Dyskusya. Radca Fischer, jako reprezentant »Sokolstwa« odczytał oświadczenie, w którem zawiadamia, że »Sokół« obecnie zajmuje się dochodzeniami w tej sprawie i w niedługim czasie wystąpi z konkretnemi datami. Kol Merunowicz podnosi ważność sprawy i czyni wniosek, żeby każde z reprezentowanych towarzystw przedyskutowało sprawę u siebie i wybrało delegatów, którzyby potem wspólnie obradowali i przedstawili ogółowi konkretne wnioski. Dr. Mańkowski popiera wniosek kol Merunowicza. P. Strzelecki jest zdania, że wszystkie towarzystwa powinny urządzić cały szereg wspólnych posiedzeń, i stawia odpowiedni wniosek. Prof. Kałina czyni wniosek o odroczenie dyskusyi z powodu spóźnionej pory. Wniosek ten większością przyjęto. *Dr. Ruff*, sekretarz.

† Prof. Maurycy Kaposi

urodzony 23 października 1837 r., umarł 6 marca 1902.

Wydział lekarski wszechnicy wiedeńskiej poniósł niepowetowaną stratę przez śmierć profesora Maurycego Kaposiego. Wyłom to niemal nie do zapełnienia, gdyż zmarły poświęcił całe swoje życie nauce i obowiązkom, odwdzięczając się sowicie plonem donioslych prac naukowych za te dary, które otrzymał od *alma mater vindobonensis*.

Gdy Ferdynand Hebra upatrzył sobie w Kaposim następcę i ten w r. 1881 objął po twórcy naukowej dermatologii klinikę, wywołało to wiele zawiści. Działalność całego życia Kaposiego zadała kłam pozorom i dowiodła dosadnie, iż Hebra złożył swoją spuściznę w najgodniejsze ręce, które ją nietylko pielęgnowały z namaszczeniem, ale jeszcze potężnie rozwinęły i uzupełniły.

Maurycy Kaposi urodził się w r. 1837 w Kaposwarze na Węgrzech, ukończył studya lekarskie w Wiedniu w r. 1861. Już w r. 1866 został docentem, (pracując wspólnie z Hebrą), a następnie dopiero asystentem klinicznym.

Od czasu objęcia katedry do ostatnich dni życia nie tylko pracował nad rozwojem dermatologii, lecz objął jej ster i nie wypuścił go z rąk aż do śmierci tak, iż w 10 lat później najwybitniejszy dermatolog francuski, Besnier (tłómacz patologii i terapii Kaposiego) pisze: „Aujourd'hui (1891) c'est l'école fondée par Hebra, et dont le professeur Kaposi est le représentant actuel le plus direct et le plus élevé, l'Ecole de Vienne, qui a le monopole de l'enseignement dermatologique international.“ Podziw budzi zaiste płodność literacka Kaposiego, zwłaszcza, gdy się uwzględni jego obowiązki nauczycielskie i olbrzymią praktykę, której istotne rozmiary w tak wielkiem mieście jak Wiedeń łatwo można sobie wyobrazić. Z drugiej strony płodność ta świadczy o niezmordowanej pracowitości, świeżości i sprężystości umysłu zmarłego.

Chcąc dać wyczerpujący obraz literackiej działalności Kaposiego, trzebaby temu poświęcić osobny artykuł, na który niestety w zakreślonych mi ramach miejsca niema. Dlatego też, acz z żalem, ograniczyć się muszę do wzmianki bodaj o tych tylko pracach, które albo torowały drogę zupełnie nowym poglądom w nauce, albo nawet pchnęły ją istotnie na nowe tory. Dwie rozprawy o *Lupus erythematosus* rzuciły nowe światło na tę chorobę i dały nam poznać jej ciężką, ostrą, rozsianą postać (*L. e. disseminatus seu aggregatus*). Również doniosłą jest praca z przed lat wielu o *Lichen scrophulosorum*, na który fancuscy autorowie dopiero w ostatnich czasach zwrócili uwagę. Wraz z Hebrą napisał Kaposi wielkie a wiekopomne dzieło (*Lehrbuch der Hautkrankheiten*), wspierając dzielnie swego mistrza w tym stopniu, że większa część dzieła jest pióra Kaposiego. Zasługą jego dalej jest podział choroby Lichen ruber na planus i acuminatus, podział przyjęty przez Hebrę i niemal wszystkich poważnych dermatologów.

Nawet bowiem autorowie francuscy przyznają w ostatnich czasach tożsamość reklamowanej przez nich przedtem *Pityriasis rubra pilaris* (Devergie) z *Lichen ruber acuminatus* (Kaposi). Niezrównana bystrość klinicysty przebija u Kaposiego z opisów nowych schorzeń. Trudno w kierunku klinicznym coś dodać nowego do takich klasycznych jego opisów jak w rozprawach: Xeroderma pigmentosum (*Maladie de Kaposi francuskich autorów*), *Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum*, *Lymphodermia perniciosa*, *Lichen moniliformis*, *Dermatitis papillaris capillitii*, *Zoster hystericus*, *Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi;* wszystkie te monografie są po mistrzowsku wykończonymi obrazami klinicznymi. Dalsze obszerne dzieła: „*Syphilis der Haut und angrenzenden Schleimhäute*“, „*Pathologie u. Therapie der Syphilis*“, jako też „*Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten*“ należą do najcelniejszych w zawodowem piśmiennictwie, a nie mniej i w całej nauce lekarskiej.

O wartości „Patologii i terapii chorób skórnych“ świadczy ta okoliczność, iż doczekała się ona piątego wydania (w r. 1899), jakoteż, iż przełożoną została na języki: francuski (dwa wydania), angielski i rosyjski.

Dzieła te, to nie zwykłe podręczniki, lecz prace oryginalne, w których na każdym kroku spotyka się niezmierne bogactwo doświadczenia, poglądy indywidualne, jakoteż nowe przez autora stworzone tory i kierunki.

Atlas chorób skórnych, ostatnie wielkie dzieło przedśmiertne, imponuje ogromem materyału, wspaniale odtwarzającego ikonografię dermatologiczną kliniki wiedeńskiej; zbiory te założył Hebra, a Kaposi z prawdziwym pietyzmem prowadził i uzupełniał.

Zresztą niemal na każdej karcie dermatologii zapisał on złotymi zgłoskami swe imię, ogłosiwszy sto kilkadziesiąt prac, samych cennych i gruntownych, przynoszących li tylko nowe fakta naukowe.

W Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem całe lata nie opuszczał żadnego posiedzenia, budząc tam bardzo często ogólny podziw swoimi świetnymi wykładami i demonstracyami.

Jemu też zawdzięcza powstanie swe wiedeńskie Towarzystwo dermatologiczne, którego był duszą. Świadczy o tem okoliczność, iż z chwilą choroby Kaposiego na posiedzeniach tego Towarzystwa dala się uczuć próżnia, gdyż zabrakło tego wodza i kierownika, tyle dodającego ożywczego ducha.

We wszystkich kongresach dermatologicznych, a i w wielu ogólnolekarskich brał zmarły żywy udział. Na pierwszych najczęściej przewodniczył i rozstrzygał z niezrównanym krytycyzmem sprawy sporne. Olśniewał on formalnie audytoryum, gdy zabierał dłos w debatach lub omawiał rozmaite tematy dermatologiczne. Odznaczał się zawsze rzadką logicznością i jasnością poglądów, jakoteż głęboką erudycyą. Wszystkim uczestnikom pozostanie głęboko w pamięci II międzynarodowy Kongres dermatologiczny w Wiedniu (1892), który tak świetnie wypadł, głównym bowiem organizatorem jego był Kaposi.

Jako dyagnosta był głośnym w całym świecie. Opierając morfologię chorób skórnych na anatomii patologicznej, patrzył on na rozmaite zmiany w powłokach zewnętrznych nie jakoby to były nic niemówiące martwe obrazy, lecz widział w nich zmiany anatomiczne i umiał je sprowadzić w wzajemny stosunek. Formy patologiczne, właściwe rozmaitym schorzeniom, uważał za fakta podstawowe, które nigdy, nawet przy największym postępie nauk lekarskich, nie dadzą się obalić. Etyologii i patogenezy chorób skórnych, a tem samem i badań w pracowni, nie lekceważył, lecz mimo to liczył się przedewszystkiem z klinicznemi objawami chorób. Tutaj też leży tajemnica świetnych wyników rozpoznawczych i leczniczych Kaposiego.

Powstawał on słusznie i gromił publicznie bez ogródek mnożących się dzisiaj niestety rzekomych dermatologów, u których wyobraźnia zastępuje ścisłe spostrzeżenie kliniczne, a pracownia z nowemi sposobami badania pobudza do opisywania przy zielonym stoliku nowych schorzeń.

Najczęściej też demaskował te pozornie nowe dermatozy, jako już dawno i dokładnie znane, a opisane w starszych dziełach. Bolał też wtedy formalnie, iż żywioły te, które pod naukowym płaszczykiem tylko własną reklamę uprawiają, podkopują sławę zawodu, wywalczoną z takim trudem.

Kiedy w r. 1885 wstąpiłem do kliniki dermatologicznej wiedeńskiej, zachwyciły mnie wysoce zajmujące, prawdziwie krasomówcze, a wielce przystępne wykłady mistrza. Jako kilkoletni asystent poznałem w moim kierowniku nietylko nadzwyczajnego nauczyciela, lecz także idealnego przełożonego, który na każdym kroku troszczył się o wyrobienie samodzielności i indywidualności w ludziach, otaczających go, a mających w przyszłości tworzyć jego szkołę. Cieszyło go każde nowe spostrzeżenie i każde trudniejsze rozpoznanie, uczynione przez asystenta. Uczestniczył we wszystkich pracach, przedsiębranych w klinice. Przestrzegał tylko ściśle naukowego wszechstronnego badania, a zwalczał przesądy i fantastyczne hipotezy. Badania etyologiczne popierał, podnosząc, iż dermatologia była jedną z pierwszych gałęzi medycyny, która poznała przyrodę chorób zakaźnych i ich zarazki. Zawsze jednak za najważniejsze uważał badanie kliniczne i twierdził, iż w nauce chorób skórnych pierwsze miejsce należy się choremu; u tego zaś z reguły uwzględnić należy cały ustrój. Bystrość, z jaką często ze zmian skórnych rozpoznawał całą chorobę, była istotnie zadziwiającą, a polegała na gruntownym poglądzie na sprawy patologiczne i tylko ci, którzy niedotrzymywali mu kroku w rozumowaniu, mogli czynić zarzut, że szkoła wiedeńska hołduje jednostronnemu kierunkowi specyalistycznemu.

Prace Kaposiego przyczyniły się głównie do utwierdzenia rozpoznawania i charakterystyki chorób skórnych, jakoteż do uproszczonego i zrozumiałego ich słownictwa. To rozpoznawanie chorób z objawów przedmiotowych sprawiło, iż Kaposi jako klinicysta, odznaczał się pewnością i stałością w rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu chorób skórnych, w czem nie miał sobie równego. Zrozumiałem też jest zaufanie, jakiem on cieszył się u publiczności bez przesady całego świata.

To, co nie każdemu dane, stworzenie własnej szkoły, powiodło się Kaposiemu; przedstawicielami tej szkoły są dziś najbliżsi jego uczniowie: Jarisch, Riehl, Lustgarten, Łukasiewicz, Spiegler, Kreibich, Weidenfeld. Szkoła wiedeńska stanowiła za Kaposiego kolebkę nowej nauki. Z całego też świata spieszyli lekarze, aby u źródła poznawać zasady dermatologii.

Najwybitniejszym w zawodzie zależało wielce na opinii o nich Kaposiego. Wielu też z nich żądało wyrażenia tej opinii na piśmie, wiedząc, jak wielkie znaczenie może mieć w życiu zdanie Kaposiego o nich. Daleko po za granicami Austryi wywierał on wpływ na obsadę katedr dermatologii, gdyż zasięgano powszechnie zdania jego w tym kierunku. On zaś zajmował się najprzychylniej kolegami zawodowymi, dzieląc całe swoje jestestwo między dermatologię i rodzinę, bo te najwięcej ukochał.

Znaną była koleżeńskość, łatwość w obejściu i gościnność, z jaką przygarniał do swego ogniska domowego każdego z kolegów, z którym się zetknął. Jako przykład, niechaj posłużą słowa jednego z najwybitniejszych lekarzy skandynawskich: „niktby nie sądził, rzekł on, iż mąż tej sławy naukowej, co Kaposi, mógł być równie przystępnym, prostym w obejściu i gościnnym“.

Na zaszczytach zmarłemu nie zbywało, posiadał bardzo wiele najwyższych odznaczeń krajowych i zagranicznych. Przed półtora rokiem grono uczniów obchodziło uroczyście, podniośle i serdecznie 25-letni jubileusz nauczycielski mistrza.

W zmarłym przedwcześnie straciła wiedza w ogólności, dermatologia zaś w szczególności sumiennego i genialnego pracownika i orędownika. Pamięć jego jednak pozostanie na zawsze, gdyż uwiecznił ją najtrwalszymi pomnikami. *Sit ei terra levis.*

Włodzimierz Łukasiewicz.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie zwalczania chorób syfilitycznych i wenerycznych w powiatach kosowskim i nadwórniańskim.

Miałem zamiar całą akcyę, skierowaną w powyższym celu, opisać dokładnie dopiero po wprowadzeniu jej w życie; lecz bardzo nieprzychylne uwagi, umieszczone w Nr. 13 „Przeglądu lekarskiego“ z 29-go z. m., zniewalają mnie już teraz do opisania pokrótce wszystkich tych urządzeń, które rząd wspólnie z władzami autonomicznemi w najbliższym czasie w obu tych powiatach zamierza wprowadzić.

Wszystkie szpitale powszechne i publiczne w południowo-wschodniej części kraju są stale przepełnione, a w szczególności szpitale w Śniatynie, Kołomyi i Stanisławowie, do których możnaby przyjmować chorych z powiatów kosowskiego i nadwórniańskiego. Dlatego nie możnaby do tych szpitali posyłać jeszcze większej liczby chorych, lecz zachodzi potrzeba budowania nowych. W tym względzie Rady powiatowe w Kosowie i Nadwórnej oświadczyły się z gotowością do znaczniejszych ofiar pieniężnych; rząd centralny przyrzekł subwencyę, gdy mu będą przedłożone plany na budowę tych szpitali; chodzi więc tylko o to, aby Sejm krajowy, stosownie do postanowień ustawy z 28 lipca 1897 r., uchwalił budowę obu tych szpitali.

Zanim to jednak nastąpi, ofiarował się rząd dostarczyć baraków Czerwonego Krzyża wraz z całem urządzeniem szpitalnem na rozszerzenie szpitali powszechnych w Śniatynie, Kołomyi i Stanisławowie. Wydział krajowy został odezwą z d. 26 lutego 1902 r. L. 19773 uwiadomiony, że Namiestnictwo jest gotowe każdego czasu przesłać na koszt skarbu państwa baraki wspomniane do wymienionych szpitali. Namiestnictwo ma obecnie do rozporządzenia sześć baraków, każdy na dziesięć łóżek; w razie potrzeby niezawodnie otrzyma ich więcej.

Lecz nie wszyscy chorzy mogą być w szpitalu leczeni, a wobec braku ustawowego przymusu leczenia w szpitalach, nie wszyscy zechcą udać się do szpitala. Dlatego to rząd ustanawia w kilku punktach obu tych powiatów (przeważnie w siedzibie lekarzy okręgowych) ambulatorya i wyposaża je w przybory do badania i leczenia chorych syfilitycznych i wenerycznych. W tych ambulatoryach ubodzy chorzy otrzymają nietylko poradę lekarską bezpłatnie, ale także środki lecznicze na koszt funduszów publicznych. Nadto Namiestnictwo jest upoważnione, tam gdzie okaże się tego potrzeba i gdzie warunki miejscowe będą odpowiednie, urządzić szpitale tymczasowe „Nothspitäler“, w których będą ubodzy syfilitycy leczeni bezpłatnie.

Każdy z ustanowionych lekarzy do leczenia chorób syfilitycznych i wenerycznych będzie miał obowiązek leczyć bezpłatnie w ambulatoryach tych chorych ubogich, których nie można odesłać do szpitala; obok tego ambulatoryjnego leczenia w pewnych stałych godzinach, lekarze ci będą odbywać podróże w gminach im przydzielonych w celu sprawdzenia, czy w rodzinach osób, znanych im jako dotkniętych kiłą, niema więcej takich chorych i pouczać ludność o sposobach szerzenia się jej i o koniecznych środkach ostrożności.

Urządzenia powyższe będą wprowadzone na czas potrzeby, a więc trwanie ich nie jest ograniczone żadnym terminem; o ile zaś znam stosunki, będą one potrzebne co najmniej przez lat kilka, tj. zanim nie będą pobudowane szpitale powszechne w Kosowie i Nadwórnej i zanim władze autonomiczne nie ustanowią lekarzy okręgowych wszędzie tam, gdzie tego stosunki miejscowe wymagać będą.

Wogóle w przedstawieniu swych wniosków, które przez Ministerstwo zostały zatwierdzone, przestrzegało Namiestnictwo tej zasady, by bez wywierania jakiegokolwiek przymusu na ludność, jedynie przez najdalej idące ułatwienie leczenia się w szpitalach i po za nimi, oraz przez stosowne pouczanie ludności, zwalczać choroby syfilityczne i weneryczne.

W wnioskach swych szło Namiestnictwo za wzorem rządu bośniackiego, który, kierując się powyższemi zasadami, z najlepszym skutkiem zwalcza choroby w mowie będące w Bośni, jak o tem dowiedziałem się z wyczerpującego przedstawienia sprawy, przedłożonego przez naszego rodaka Dra L. Glücka międzynarodowemu Kongresowi dla zwalczania chorób syfilitycznych i wenerycznych, odbytego w Brukseli w r. 1899.

Co się tyczy wysokości wynagrodzenia lekarzy, to dla lekarzy okręgowych i ewentualnie c. k. asystentów sanitarnych (pobierających adjutum), gdyby zachodziła potrzeba ich eksponowania, jest ono wcale korzystnem; dla lekarzy zaś eksponowanych, nie posiadających żadnej płacy, stara się Namiestnictwo o podwyższenie dyet z funduszu krajowego, a to wskutek uchwały krajowej Rady zdrowia, powziętej na mój wniosek na posiedzeniu dnia 21-go z. m.

Na tem też posiedzeniu uchwalono instrukcyę dla lekarzy delegowanych do obu tych powiatów, opracowaną przez prof. Łukasiewicza, jako członka nadzwyczajnego krajowej Rady zdrowia, a zarazem na mój wniosek uproszono go, aby zechciał zwiedzić oba powiaty wówczas, gdy zamierzone urządzenia będą w ruch wprowadzone. Profesor Łukasiewicz z całą gotowością przyrzekł to uczynić, a ze spostrzeżeń jego, uczynionych na miejscu, nie omieszka administracya polityczna skorzystać.*)

We Lwowie 31-go marca 1902 r. *Dr. Józef Merunowicz.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 3 kwietnia.

* W poniedziałek rozpoczyna się w Monaco trzydniowa międzynarodowa konferencya delegatów Związku prasy lekarskiej. Niestosowna pora roku i wybór ekscentrycznego miejsca na siedzibę Zjazdu uniemożebniają podróż niektórym delegatom z krajów oddalonych, a jak wnosić można z czasopism, Rosya z tych powodów nie będzie miała swego reprezentanta. Na porządku dziennym będą trzy następujące zagadnienia: 1) Statut Związku międzynarodowego prasy lekarskiej. 2. Porozumienie wzajemne na punkcie ścisłego określenia pojęcia prawnego »własność literacka« w zakresie publikacyj naukowych i zapewniającego wzajemne poszanowanie tej własności przez członków Związku. 3) Projekt założenia stałego biura czyli centralnej agencyi, informującej czasopisma lekarskie, należące do Związku.

I. Referat o poszanowaniu własności literackiej w zakresie prasy lekarskiej objęli: Baudouin, Blondel i Maurans. W szerokich liniach szkic ich poglądów brzmi, jak następuje: 1) artykuły oryginalne i wykłady w czasopismach, będące własnością bądź autora, bądź też autora i czasopisma, nie mogą być przedrukowywane lub tłómaczone bez upoważnienia czasopisma. Natomiast mogą być one roztrząsane bez wszelkiego upoważnienia, lecz z przytoczeniem źródła, z którego pracę zaczerpnięto. Jeśli krytyka dotyczy tylko jednego ustępu, to wystarczy samo przytoczenie autora. 2) Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw naukowych i Zjazdów, dalej korespondencye naukowe, sprawy zawodowe itd. mogą być przedrukowywane bez upoważnienia, lecz koniecznie należy przytoczyć czasopismo, z którego się korzystało. 3) Wszystkie inne a pomniejsze części czasopisma (wiadomości kronikarskie) mogą być zużytkowywane bez zastrzeżenia.

II. Projekt założenia stałej miedzynarodowej agencyi centralnej dla informacyi czasopism lekarskich, należących do Związku, opracował Dr. Blondel. Zadanie agencyi ma polegać na skupieniu wszelkich informacyj naukowych i rozsyłaniu ich do redakcyj czasopism, należących do Związku. W tym celu czasopisma zobowiążą się do przesyłania agencyi w terminie nie dłuższym nad dni 15 po wyjściu artykułu oryginalnego — streszczeń prac, wykonanych przez autorów, bądź w języku ich własnym, bądź też po francusku. Zasadni zą myślą tej organizacyi jest zapobieżenie, ażeby żadna praca, ogłoszona w jakimkolwiek języku, nie uszła uwagi całego ogółu naukowego. Konferencya zatem będzie miała do rozważenia następujące punkta: 1) Czy istnieje potrzeba takiej agencyi? 2) Gdzie ma być jej siedziba? 3) Roczna opłata na cele agencyi.

Szczegółowe obliczenie budżetu, oraz wszelkie inne sprawy zawilsze zostały opracowane i będą przedłożone konferencyi do ostatecznego uchwalenia.

* Pod przewodnictwem ministra Hartla odbyła się d. 24-go marca w Wiedniu ankieta w sprawie rewizyi ustawy o rygorozach lekarskich, w której wzięli udział delegaci wszystkich austryackich wydziałów lekarskich. Przewodniczący zwrócił uwagę na potrzebę bezzwłocznego załatwienia wniosków, dotyczących pierwszego rygorozum, ze względu na to, że nowa ustawa ma już wejść niebawem w życie. Uchwalono następujące zmiany: z 6 przedmiotów, należących do pierwszego rygorozum, może kandydat przystąpić do egzaminu z trzech, mianowicie: z ogólnej biologii, fizyki i histologii albo chemii już z końcem IV-go półrocza; pozostałe zaś trzy przedmioty może zdawać w ciągu V-go półrocza. Pomiędzy pojedyńczymi egzaminami tego V-go półrocza mają być przerwy dwutygodniowe. Kandydatom przysługuje prawo rozszerzenia studyów, należących do pierwszego rygorozum i poza IV-te półrocze. Kandydat, który padł z niektórych przedmiotów, należących do pierwszego rygorozum, nie ma obowiązku powtarzania egzaminu ze wszystkich przedmiotów, lecz tylko z tych, w których okazał postęp niedostateczny.

P. minister oświadczył, że w ciągu letniego półrocza zwoła nową ankietę dla powzięcia uchwał w sprawie II-go i III-go rygorozum. W ankiecie między innymi brali udział prof. Wachholz z Krakowa i prof. Obrzut ze Lwowa.

* Wydział krajowy mianował Dr. Adama Zagórskiego prymaryuszem oddziału okulistycznego, a Dra Józ. Elsnera stałym sekundaryuszem szpitala powszechnego, obu w Rzeszowie; Dra Stanisława Łuniewskiego — sekundaryuszem szpitala powszechnego w Kołomyi.

* Prof. Dr. Bron. Kader mian. został członkiem korespondentem Towarzystwa lekar. wileńskiego.

* »Przegląd dentystyczny« (Nr. 2) donosi, że rosyjskie ministeryum spraw wewnętrznych nie zezwoliło na założenie w Warszawie Towarzystwa odontologicznego.

* Węgierski minister oświaty wydał prawo, zobowiązujące wszystkic doktorandów do odbycia roku praktyki lekarskiej w jednym z wskazanych szpitali cywilnych, jako warunku otrzymania dyplomu. Ten rok praktyki tak ma być podzielony, ażeby doktorand mógł ją odbyć po parę miesięcy w każdym z głównych oddziałów szpitalnych. Dopiero po otrzymaniu absolutoryum od dyrektora szpitala, dziekan wydaje dyplom doktorski, uprawniający do praktyki.

* Z powodu zanieczyszczenia wodociągu paryskiego stolica Francyi ulega epidemii duru brzusznego. W ciągu stycznia i lutego b. r. było 466 przypadków, w roku zaś przeszłym w tymże samym czasie tylko 282. Wogóle w Paryżu dur brzuszny nie wygasa i to zapewne trwać będzie tak długo, jak długo »stolica świata« pije wodę z Sekwany.

* Między 13 a 18 marca doniesiono władzy o 4 przypadkach ospy w powiecie gorlickim. Dur osutkowy stwierdzono w następujących powiatach: bohorodczańskim (3 gminy), brodzkim (1 gm.), dąbrowskim (1 gm.), husiatyńskim (3 gm.), jaworowskim (1 gm.), mościskim (3 gm.), nadworniańskim (3 gm.), rawskim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), tarnopolskim (2 gm.), trembowelskim (1 gm.), wadowickim (1 gm). Wszystkich przypadków w przytoczonych powiatach było 60.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa, Tydzień X (2—8—III). W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 6, urodziło się dzieci 53, umarło osób 50 — mianowicie: z gruźlicy 15 (5 zam.), z zapalenia płuc 4, z błonicy i dławca 2, z płonicy 5 (1 zam.) z cholery dziecięcej 2.

Tydzień XI (9—15—III) zawarto małżeństw 4, urodziło się dzieci 58, umarło osób 62 — mianowicie: z gruźlicy 10 (6 zam.), z zapalenia płuc 7 (1 zam.), z płonicy 5 (1 zam.), z czerwonki 1, z cholery dziecięcej 5 (2 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Profesorem doświadczalnej psychologii w *Collège de France* mian. został Dr. Janet. Prof. Sokołow został kierownikiem kliniki chirurgicznej w Charkowie. Prof. Pfannenstiel mianowany został dyrektorem kliniki ginekologicznej w Giessen. Prof. nadzw. Gonella mian. prof. zwyczajnym kliniki okulistycznej w Cagliari. Prof. nadzw. farmakologii Sabbatani mianowany prof. zwyczajnym w Cagliari.

Nekrologia. Dr. Jan Łazarewicz, prof. położnictwa w Charkowie, zmarł w 72 roku życia w Petersburgu. Dr. Felicyan Jakó-

*) Wyjaśnienia P. Protomedyka dowodnie świadczą, że zarzuty, podniesione w Nr. 13 »Przegl. lek.«, były przedwczesne. *(Red.)*.

bowski, lat 45, zmarł w miasteczku Kroki na Litwie. Mag. chir. Jakób Łucyk l. m. w Kozłowie, zmarł w wieku 65 lat.

Bibliografia:

Dr. von Boltenstern. **Nieoperacyjne leczenie nowotworów złośliwych.** *(Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der praktischen Medizin.* II Band 4 Heft.). Poszukiwania środka przeciw nowotworom złośliwym skierowane są w dwóch głównie kierunkach: bakteryoterapeutycznym i farmaceutycznym. Jako punkt wyjścia dla środków pierwszej kategoryi jest przypuszczenie, że nowotwory złośliwe powstają pod wpływem drobnoustrojów. Środki lecznicze zatem starano się otrzymać z różnych przypuszczalnych pasorzytów raka lub z jego utkania — metoda specyficzna (izopatyczna), albo też z innych drobnoustrojów chorobotwórczych — metoda niespecyficzna (antagonistyczna). Wszystkie usiłowania w tym kierunku zarówno według pierwszej jak i drugiej metody można pominąć, gdyż nie doprowadziły one do żadnego pomyślnego wyniku i trzeba powtórzyć za Czernym, że »racyonalną podstawę wewnętrznego leczenia nowotworów osiągniemy dopiero wtedy, gdy zostanie odkrytą stanowczo ich przyczyna«.

Druga kategorya środków przeciwnowotworowych obejmuje mnóstwo przetworów leczniczych, głównie używanych na nowotwory powierzchowne. Tu należą powszechnie będące w użyciu: bor, salicyl, amyloform, ortoform, rezorcyna, jodoform, jodol, jodoformogen, airol, aristol, dermatol, kseroform, nosofen, karbol, kresol, lysol, sublimat, chlorek cynkowy, formalina, wstrzykiwania jaskółczego ziela i m. Jednym z najstarszych środków jest arsen, używany w postaci rozczynu Fowlera lub pigułek azyatyckich, wstrzykiwań miąższowych Fowlera i zewnętrznego stosowania kwasu arsenawego. Od roku 1897 Czerny i Truneček ogłosili szereg prac, w których zwrócili uwagę, że arsen (używali mięszanki kw. arsen. z alkoholem etylowym i wodą) daje stały właściwy odczyn z żywą tkanką rakową, polegający na tworzeniu się ciemno-brunatnego, prawie czarnego strupa, którego bez uszkodzenia i krwawienia z tkanki rakowej zdjąć nie można; ze zdrowej zaś tkanki strup odpada dobrowolnie; na tkankach prawidłowych odczyn ten nie występuje. Z powyższego widnieje wartość rozpoznawcza, a zarazem lecznicza arsenu: jednorazowe pendzlowanie stwierdza, czy nowotwor jest lub nie jest rakiem, wielokrotne zaś wywołuje narastający w miarę stosowania strup, aż do zupełnego wyżarcia nowotworu. Najgłówniejsze warunki skuteczności tej metody są według Trunečka: 1) rak musi być niezbyt rozwinięty, ściśle miejscowy, bez zajęcia gruczołów chłonnych; 2) rak musi być od zewnątrz dostępny, by można było stosować arsen bez obawy zatrucia. W roku 1900 na międzynarodowym Kongresie w Paryżu, Truneček rozciągnął swą metodę i na powierzchowne wrzodziejące mięsaki: 3—4 tygodni wystarcza do wyleczenia małych, niezadawnionych nowotworów, zazwyczaj jednak leczenie trwa znacznie dłużej. Robillard zebrał z piśmiennictwa do końca 1899 r. 45 przypadków: wyleczenie osiągnięto w 34; późniejsze sprawozdania zawierają 33 spostrzeżenia, z których tylko w 5 osiągnięto wynik ujemny, 28 zaś dodatni. *Dr. Z. Czaplicki.*

— ***Gazeta lekarska*** Nr. 13. Koelichen: Przyczynek do badań nad syringo- i hidromyelią. Rzętkowski: O cytotoksynach (dok.).

— *Medycyna* Nr. 13. Endelman: Dwa przypadki cięcia cesarskiego sposobem Fritscha. Gaszyński: Kilka słów o leczeniu drgawek porodowych z przytoczeniem panującej teoryi o samozatruciu.

— *Zdrowie* Z. 4. Brudziński: O odczynie Umikowa w mleku kobiecem i jego znaczeniu dla określenia wieku pokarmu. Bregman: Leczenie pijaków i walka z alkoholizmem (dok.).

— *Przegląd dentystyczny* N. 2. Zbořil: Nowy sposób naprawy zębów sztyftowych i robót mostkowych za pomocą lutowania w ustach pacyenta. Czarnowski: O niektórych ułatwieniach przy zdejmowaniu wycisków masą gipsową.

— *Przegląd felczerski* Nr. 7. R.: Ospa naturalna. M.: Znaczenie krocza dla kobiety i pielęgnowanie go przy porodzie (dok.). Freilich: Masaż (dok.). S. R.: Szpitalnictwo warszawskie. 25-lecie szpitala wolskiego.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 13 Kuffner i Janský: Zkušenosti o demenci afatické. Pitha: O therapii asphyxie u dĕti novorozených (dok.).

— *La Presse medicale* Nr. 24. Roger: Nieprawidłowości wrodzone narządów płciowych. Rumpf i Guinard: Badania nad seroaglutynacyą w gruźlicy.

N. 25. Debove: Morfinomania. Sabourin: Statystyka sanatoryum w Durtol.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 13. Frisch: 400 operacyj kamieni pęcherzowych. Rusch: Operacyjne leczenie guzowatości na nozdrzach. Wechsberg: Bakteryobójcza wartość surowic uodporniających. Philipowicz: Przypadek powtórnej ciąży zamacicznej. Spiegel: Samoczynna strzykawka.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 13. Hirschberg: Przypadek niezwykłej operacyi zaćmy. Schirmer: Przyczynek do metody badania źrenicy. Hertwig: O przyczynie guzów rakowatych. Uwagi nad artykułem dr. Feinberga. Grote: Najlepsza oryentacya przy oznaczaniu granic serca. Lunz: Przypadek piaszczaka znacznych rozmiarów w mózgu. Oppenheim: Przyczynek do zwalczania wzdęcia brzucha.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 12. Marmorek: Jad łańcuszkowców. Schittenhelm: Przyczynek do nauki o osteoartropatyi przerostowej Mariego. Joseph i Piórkowski: Przyczynek do nauki o prątku kiły. Buttersack: Mechaniczne działanie uboczne na narządy oddychania i krążenia. De Grazia: Rozpoznanie surowicze gruźlicy płuc (dok.). Rosenheim: Rozszerzenie przełyku samoistne bez zwężenia anatomicznego (c. d.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 12. Halban i Landsteiner: O różnicy, zachodzącej między surowicą krwi płodu a surowicą krwi matki, oraz o własności aglutynacyjnej i tamującej strącanie surowicy prawidłowej. Wilms: O rozpłataniu nerki w ostrem zapaleniu miedniczek nerkowych i nerek, połączonego z prosówkowatymi ropniami. Metzger: Przyczynek do nauki o cukrzycy nadnerczynowej. Hoppe: O roboracie i innych przetworach białkowatych, używanych do żywienia chorych. Roscher: O galwanokaustyce śródocznej. Seitz: Statystyczne sprawozdanie pedyatrycznej uniwersyteckiej polikliniki w Reisingerianum za r. 1901. Lucae: Leczenie chorób narządu słuchowego mięsieniem wibracyjnem. Kunkel: Stosunek homeopatyi do dzisiejszej szkoły lekarskiej.

Redakcya otrzymała. Halban: 1) Zur Prognose der progressiven Paralyse. 2) Weiterer Beitrag zur Kenntniss der juvenilen Tabes.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**